

NURTEN ELKİN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL.
ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-
2014



Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte**
sırt yazısı bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır
olacak

Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi
kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**İSTANBUL’DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURANLARIN HİZMETLERİ BİLME VE
YARARLANMA DURUMLARI İLE
MEMNUNİYETLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

NURTEN ELKİN

**DANIŞMAN
PROF.DR.A.EMEL ÖNAL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Programında Nurten ELKİN tarafından hazırlanan İstanbul'da Bir Aile Sağlığı
Merkezinin Başvuranların Hizmetleri Bilme ve Yararlanma Durumları ile
Memnuniyetlerinin Araştırılması başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz
tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

15 / 08 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)	İmzası
1.Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
2.Prof. Dr. A. Emel ÖNAL İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
3.Prof. Dr. Bilge HAPÇIOĞLU İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
4.Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı	
5.Doç. Dr. Seyhan HİDİROĞLU Marmara Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr.Nurten Elkin



İTHAF

Bu tezi sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu tezin Aile Sağlığı Merkezinde yürütülebilmesi için onay veren İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne, tez çalışmalarım sırasında bana büyük emeği geçen başta danışman hocam Prof. Dr. A.Emel Önal olmak üzere İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım'a ve İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı Öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a katkıları için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIV
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XV
ÖZET	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı Ve Dünyadaki Gelişimi.....	3
2.2. Aile Hekiminin Tanımı ,Görevleri,Özellikleri.....	5
2.3. Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri.....	8
2.3.1. Amerika ‘da Aile Hekimliği	8
2.3.2. Almanya’da Aile Hekimliği.....	12
2.3.3. İngiltere ‘de Aile Hekimliği.....	12
2.3.4. Kanada’da Aile Hekimliği	13
2.3.5. Norveç’te Aile Hekimliği	14
2.3.6. Portekiz’de Aile Hekimliği	14
2.3.7. İsrail’de Aile hekimliği	15
2.3.8. İtalya’da Aile Hekimliği	15
2.3.9. Küba’da Aile Hekimliği.....	16
2.4. Avrupa’da Sağlık Reformlarının Birinci Basamak Üzerindeki Etkisi.....	17
2.4.1. İngiltere	17
2.4.2. İsveç	18
2.4.3. Almanya.....	18
2.4.4. Bulgaristan	19
2.4.5. Polonya	19
2.4.6. Slovakya.....	20

2.4.7. Romanya	20
2.5. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	21
2.6. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları	31
2.6.1. Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları.....	31
2.6.2. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
2.6.3. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
2.6.4. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	32
2.6.5. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	33
2.6.6. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	33
2.6.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı	36
2.6.8. Aile Hekimliği Uygulaması	38
2.7. Aile Hekimliği Uzmanlığı, Türkiye’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Ve Genel Uygulamaya Geçiş.....	38
2.7.1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun(24/11/2004 Tarih ve 25665 Sayılı 5258 Numaralı R.G.)	40
2.7.2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (6/7/2005 Tarih Ve 25867 Sayılı R.G.).....	44
2.7.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik(12/08/2005 Tarih Ve 25904 Sayılı R.G.).....	54
2.7.4. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (25/04/2006 Tarih Ve 26148 Sayılı R.G.)	63
2.7.5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(28/07/2006 Tarih Ve 26242 Sayılı R.G.)	63
2.7.6. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(05/12/2006 Tarih Ve 26367 Sayılı R.G.)	64
2.7.7. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(24/03/2007 Tarih Ve 26472 Sayılı R.G.)	65
2.7.8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği(25/05/2010 Tarih Ve 27591 Sayılı R.G.)	65
2.7.9. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik(30/12/2010 Tarih Ve 27801 Sayılı R.G.).....	66

2.7.10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(11/03/2011 Tarih Ve 27871 Sayılı R.G.)	70
2.7.11. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği(25/01/2013 Tarih Ve 28539 Sayılı R.G.)	71
2.7.12. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge(26/01/2010 Tarih Ve 2365 Sayılı R.G.).....	99
2.7.13. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (02/11/2011 Tarihli).....	113
2.7.14. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (07/03/2012 Tarih Ve 28226 Sayılı R.G.).....	114
2.7.15. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul Ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge (12.04.2012).....	114
2.7.16. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlıkları Yönergesi (22.03.2012).....	117
2.7.17. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (18/01/2014 Tarih Ve 6514/28886 Sayılı R.G.).....	118
2.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi	120
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	121
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı, Tipi Ve Örneklem.....	121
3.2. Anketlerin Uygulanması Ve Değerlendirilmesi.....	128
4. BULGULAR.....	130
5. TARTIŞMA.....	172
KAYNAKLAR	204
FORMLAR	211
EK 1:Gönüllü Olur Ve Gönüllü Onay Formu.....	211
EK 2: Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi.....	213
EK 3:EUROPEP Anketi	215
EK 4:Hekim Anketi	216
EK 5: Araştırma İzin Belgesi.....	217
ETİK KURUL KARARI	218
Ek 6: Tablo 1 - İstanbul'da EUROPEP sorularına göre memnuniyet durumu	219

Ek 7: Tablo 2. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü verilerine göre EUROPEP Ölçeğinin Uygulandığı Türkiye ve 16 Avrupa Ülkesi arasında soru bazında Türkiye'nin Sıralaması.....	220
Ek 8: Tablo 3. TÜİK 2012 verilerinden yararlanarak çeşitli sağlık kuruluşlarındaki Sağlık Hizmetlerindeki Sorunlar	221
ÖZGEÇMİŞ	222

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1 : Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması	97
Tablo 3-1: Örnek gelir-gider bilançosu	126
Tablo 4-1: Katılımcıların demografik özellikleri	130
Tablo 4-2: Katılımcıların bildikleri kronik sağlık sorunları.	131
Tablo 4-3: Katılımcıların sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları	133
Tablo 4-4: Hastaların bazı kronik sağlık sorunları için Aile Hekimi dışında hizmet aldığı sağlık birimleri	133
Tablo 4-5: Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme, yararlanma ve memnuniyet durumları	134
Tablo 4-6: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin cinsiyete göre dağılımı	135
Tablo 4-7: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların cinsiyete göre dağılımı	136
Tablo 4-8: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin cinsiyete göre dağılımı	138
Tablo 4-9: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin eğitim durumlarına göre dağılımı	139
Tablo 4-10: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların eğitim durumlarına göre dağılımı	140
Tablo 4-11: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin eğitim durumlarına göre dağılımı	141
Tablo 4-12: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin medeni durumlarına göre dağılımı	142
Tablo 4-13: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların medeni durumlarına göre dağılımı	144

Tablo 4-14: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin medeni durumlarına göre dağılımı	145
Tablo 4-15: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin meslek durumlarına göre dağılımı	146
Tablo 4-16: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların meslek durumlarına göre dağılımı	147
Tablo 4-17: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin meslek durumlarına göre dağılımı	148
Tablo 4-18: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin yaş gruplarına göre dağılımı	150
Tablo 4-19: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların yaş gruplarına göre dağılımı	151
Tablo 4-20: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin yaş gruplarına göre dağılımı	152
Tablo 4-21: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin gelir durumlarına göre dağılımı	153
Tablo 4-22: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların gelir durumlarına göre dağılımı	154
Tablo 4-23: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin gelir durumlarına göre dağılımı	156
Tablo 4-24: Cinsiyete göre EUROPEP1.Soru (hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi) cevaplarının dağılımı	157
Tablo 4-25: Cinsiyete göre EUROPEP 2.Soru (Hekimlerin hastaların özel durumları ile ilgilenmesi) cevaplarının dağılımı	158
Tablo 4-26: Cinsiyete göre EUROPEP 3.Soru(Hekimlerin hastaların sorunlarını söylemesini kolaylaştırması) cevaplarının dağılımı	158
Tablo 4-27: Cinsiyete göre EUROPEP 4 .Soru (Hekimlerin tıbbi bakımlarla ilgili kararlara hastaları dahil etmesi) cevaplarının dağılımı	158

Tablo 4-28: Cinsiyete göre EUROPEP 5 .Soru(Hekimin hastayı dinlemesinin vatandaş tarafından değerlendirilmesi) cevaplarının dağılımı 159

Tablo 4-29: Cinsiyete göre EUROPEP 6.Soru (Hekimlerin hastanın kayıt ve bilgilerini gizli tutması ile ilgili düşünceleri) cevaplarının dağılımı 159

Tablo 4-30: Cinsiyete göre EUROPEP 7.Soru (Hekimlerin hastaların şikayetlerini çabuk geçirmesi ile ilgili vatandaş düşünceleri)cevaplarının dağılımı 159

Tablo 4-31: Cinsiyete göre EUROPEP 8.Soru (Hekimlerin hastanın günlük ihtiyaçlarını görecek kadar iyileşmesine yardımcı olması konusundaki görüşleri) cevaplarının dağılımı 160

Tablo 4-32: Cinsiyete göre EUROPEP 9.Soru (Hekimlerin işini tam yapmasına ilişkin vatandaş görüşlerinin dağılımı) (cevaplarının dağılımı 160

Tablo 4-33: Cinsiyete göre EUROPEP 10.Soru(Hekimin hastayı muayene etmesi ile ilgili hasta görüşleri cevaplarının dağılımı 160

Tablo 4-34: Cinsiyete göre EUROPEP 11.Soru(Hekimin koruyucu sağlık hizmetleri vermesi konusunda hastaların düşünceleri) cevaplarının dağılımı 161

Tablo 4-35: Cinsiyete göre EUROPEP 12.Soru (Hekimin test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ile ilgili vatandaşın düşünceleri) cevaplarının dağılımı 161

Tablo 4-36: Cinsiyete göre EUROPEP 13.Soru ((Hekimlerin kendilerine bilgi vermesi konusunda hasta görüşleri) cevaplarının dağılımı 161

Tablo 4-37: Cinsiyete göre EUROPEP 14.Soru (Hekimlerin hastanın duygusal sorunlarını çözmedeki yardımlarının değerlendirilmesi)cevaplarının dağılımı 162

Tablo 4-38: Cinsiyete göre EUROPEP 15.Soru (Hekimlerin hastanın tavsiyelere uymasının önemini kavraması konusunda yardımcı olması ile ilgili görüşleri)cevaplarının dağılımı 162

Tablo 4-39: Cinsiyete göre EUROPEP 16.Soru(Hekimlerin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamasının hastalar tarafından değerlendirilmesi) cevaplarının dağılımı 162

Tablo 4-40: Cinsiyete göre EUROPEP 17.Soru (Hekimlerin uzmana ya da hastaneye sevkten beklemesi gerekenler konusunda hastaları hazırlaması ile ilgili değerlendirmeler) cevaplarının dağılımı	163
Tablo 4-41: Cinsiyete göre EUROPEP 18.Soru(Hastaların doktor dışı personelin yardımını değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı	163
Tablo 4-42: Cinsiyete göre EUROPEP 19.Soru (Hastaların kendilerine uygun zamanlarda randevu alabilme durumunu değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı	163
Tablo 4-43: Cinsiyete göre EUROPEP 20 .Soru (Hastaların polikliniğe telefonla ulaşabilmeleri)cevaplarının dağılımı	164
Tablo 4-44: Cinsiyete göre EUROPEP 21 .Soru (hastaların hekime telefonla ulaşabilmeleri)cevaplarının dağılımı	164
Tablo 4-45: Cinsiyete göre EUROPEP 22 .Soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı	164
Tablo 4-46: Cinsiyete göre EUROPEP 23. Soru (hastaların, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması konusunda hekimle ilgili değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı	165
Tablo 4-47: Katılımcıların yaş gruplarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı	165
Tablo 4-48: Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı	166
Tablo 4-49: Katılımcıların Meslek Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı	166
Tablo 4-50: Katılımcıların Gelir Durumuna göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı	167
Tablo 4-51: Bireylerin Aile Hekimliği hizmetlerini bilme, yararlanma ve memnuniyet durumlarının Pearson Korelasyon analizi ile karşılaştırılması	167
Tablo 4-52: Kronik hastalığı olanlarla, hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet arasındaki korelasyon	168

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması.....	119
--	-----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABFP: Amerikan Aile Hekimliği Board

AÇ SAP: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması

AH: Aile Hekimliği

AH(+):Aile hekimliği uygulanan

AH(-):Aile hekimliği uygulanmayan

AHE:Aile hekimliği eski

AHY:Aile hekimliği yeni

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DKÇ: Doğuştan Kalça Çıkığı

EKG: Elektrokardiyografi

ETF: Ev Halkı Tespit Fişi

EURACT: The European Academy Of Teachers In General Practice

EUROPEP: Patients Evaluate General/Family Practice

EQUIP: European Working Party On Quality In Family Practice

HBYMDA : Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi

HIV: Human İmmunodeficiency Virüs

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KOAH: Kronik Obstirüktif Akciğer Hastalığı

LABİM: Laboratuar Bilgi İşletim Merkezi

MHRS: Merkezi Hastane Randevu Sistemi

- PDC:** Personel Dağılım Cetveli
- PPD:** Tüberkülin Deri Testi
- PVC:** Poli Vinil Clorür
- R.G:** Resmi Gazete
- RIA:**Rahim İçi Araç
- SEA:** Sağlık Eğitim Ve Araştırma
- SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu
- SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu
- TAHUD:** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- TBMM:** Türkiye Büyük Millet Meclisi
- TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi
- TUK:** Tıpta Uzmanlık Kurulu
- TUS:**Tıpta Uzmanlık Sınavı
- TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- USD:** The United States Dollar
- WHO:** Dünya Sağlık Örgütü
- WONCA:** Dünya Aile Hekimleri Örgütü
- YÖK:** Yüksek Öğretim Kurumu

ÖZET

Elkin N. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Hizmetleri Bilme Ve Yararlanma Durumları İle Memnuniyetlerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2014.

Aile Hekimliği Sisteminde Aile Hekimi aile sağlığı elemanı ile birlikte kendine kayıtlı bireylerin sorunlarını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alan bütüncül bir hizmet sunar. Bu araştırmanın amacı, Aile hekimliği Hizmetlerinin İstanbul'un bir ilçesinde bir aile sağlığı merkezinde halk tarafından bilinme, yararlanılma ve memnuniyet durumunu araştırmaktır. Araştırma İstanbul ilindeki, bir Aile Sağlığı Merkezinde Eylül 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Yüz yüze görüşme metoduyla 400 kişiye demografik veriler, EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) anketi ve araştırmacının geliştirdiği Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi (HBYMDA) uygulandı. HBYMDA de toplam puan 24 idi. EUROPEP anketindeki toplam puan 115 idi. Araştırmaya katılan kişilerin 302'si(%76) kadın ve 98'i(%24) erkekti. Grubun yaş ortalaması $37,17 \pm 14,10$ idi. Kadınların yaş ortalaması $35,42 \pm 13,04$, erkeklerin yaş ortalaması $42,57 \pm 15,85$ idi. HBYMDA'nin toplam puan ortalaması $11,54 \pm 5,80$ bulundu. EUROPEP anketi toplam puan ortalaması $93,87 \pm 21,32$ bulundu. Bireylerin en çok bildikleri, yararlandıkları ve memnun oldukları hizmetler sırasıyla, muayene teşhis ve tedavi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, acil hizmetler, ücretsiz laboratuvar hizmetleri idi. Katılımcılar tarafından en az bilinen, yararlanılan ve memnun olunan hizmetler ise sırasıyla verem hastalarının direk gözetimli tedavisi, bireye ve çevreye yönelik bulaşıcı hastalıklarla ilgili önlemlerin alınması, askerlik muayenesi ve periyodik muayene yapılması idi. Aile Hekimlerinin hizmetlerinden düşük sosyo-ekonomik-kültürel grubun daha fazla yararlandığı ve hizmetlerden memnuniyetin hizmetleri bilme ve yararlanma durumu ile ilişkili olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlık Hizmetleri, Bilgi, Davranış, Memnuniyet

ABSTRACT

Elkin N. Research On Services Requests And Utilisation Status And Satisfaction In Family Health Center In Istanbul. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Public health. İstanbul. 2014.

In the family practice, the family doctor accompanied with the family health center employee render integrated services to people registered in their own department from physical, psychological and social points. The purpose of this research is to investigate the cognition, utilization and satisfaction state of family practice services by the public of a family health center found at any district of Istanbul. The research in question has been done at the prefecture of Istanbul, at a family health center between the dates September 2013 and January 2014. We have applied the Cognition, Utilization and Satisfaction State of services survey (HBYMDA) developed by the researcher, we have collected data through face to face method and applied EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) survey. The total point for HBYMDA was 24. Whereas the total point for EUROPEP was 115. 302 (76%) of the persons having participated to the survey were women and 98 (24%) men. The average of age of the group was $37,17 \pm 14,10$. The average of age of women was $42 \pm 13,04$ and $42,57 \pm 15,85$ for men. The average of the total point for HBYMDA was calculated as $11,54 \pm 5,80$. The average of total point of EUROPEP was $93,87 \pm 21,32$. The services that persons know the most, use the most and are satisfied the most are listed respectively as following inspection diagnosis and therapy, injection and medical dressing services, emergency services, free laboratory services. Whereas the services that participants know the less, use the less and are satisfied the less are listed respectively as following therapy of tuberculosis through direct observation, taking measures concerning contagious disease towards people and environment, military examination and periodic examination. It is determined that the group of low social-economical-cultural uses more family practice services and that situation is related to the knowing, utilization and satisfaction state of the services.

Key words: Family practice, Health Services, Knowledge, Behavior, Satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sağlığın korunabilmesi için fiziksel ve sosyal çevrenin iyi olması ve kişilerin nitelikli sağlık hizmeti alabilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü 2008 de “Her zamankinden daha fazla aile hekimliğine ihtiyacımız var”, “Aile hekimleri sağlık alanındaki eşitsizlikleri kapatacak birer kahraman” ifadesini kullanmıştır.(1)

Bütün ülkeler halkının sağlığını korumak ve sağlık hizmetlerine vatandaşlarının ihtiyaçları doğrultusunda etkin ve verimli olarak erişimini sağlamak için uğraş vermektedir.(2)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalar Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişim sürecinde devam etmiştir. Cumhuriyetin ilan edilmesinin ilk yıllarından itibaren ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağı genişletilmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atağa geçilmiştir. Cumhuriyet’in ilanı sonrası Dr. Refik Saydam ülkemizde sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer alan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin artırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı”/ “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiş günümüz sağlıkta dönüşüm programının temelleri daha o zamanlar atılmıştır.(3)

1982’de başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı temel sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi hedeflemektedir. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelir. Prof. Dr. Nusret Fişek’in ifadeleriyle: “ Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta

tedavisi hizmetleri entegre yürütülmelidir”.(4) Entegre sağlık modeli, çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimliğinde her bireyin kişileri tanıyan, takip eden sürekli, entegre hizmet veren aile hekiminin olması esastır. 1961’den itibaren 224 sayılı yasa ile yürürlükte olan ve 2004’e kadar uygulanan sosyalizasyon yasasında da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici hizmetleri almaları hedeflenmiştir. Fakat bu sistemde sağlık ocaklarında her hekimin sorumlu olduğu bir nüfus olmaması, bazı hizmetlerin aksamasına ve yavaşlamasına sebep olmuştu. Ayrıca hizmetin takibi ve değerlendirilmesi güçtü; Sevk sistemi yeterince işlemiyordu. İkinci basamaktan geri bildirim olsa bile hastanın tek hekimi olmadığı için aynı hekime geri bildirim dönmüyor ve bu nedenle yeterince faydalı olmuyordu. Aile Hekimliği Sisteminde Aile Hekimi kendine kayıtlı bireylerle güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında aile ve topluma yönelik olma özellikleri vardır. Gebe ve bebek takiplerinin yapılması yanında, gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilir.(3)

Aile Hekimliği Sistemine geçiş hekimlere sözleşmeli çalışma, dolayısı ile birinci basamakta iş güvencesizliği, gelir güvencesizliği, mesleki özerklik kaybı, iş yükünde artma gibi pek çok sorun getirse de bu çalışmada sistemin diğer pozitif ve negatif yönleri araştırılmaksızın hastaların hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet durumlarına odaklanılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonunda 2004’ten itibaren pilot illerde, Kasım 2010 dan itibaren İstanbul’da uygulanmaya başlamış olan aile hekimliğinin geçen 3 yıllık süre sonunda halk tarafından bilinme ve kullanılma durumunu araştırmaktır. Bu amaçla İstanbul’da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı nüfusta, bireylerin verilen hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet durumları araştırılmıştır. Aile hekimliğine geçildikten sonra Türkiye’nin çeşitli bölgelerinde hastaların memnuniyetlerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmanın önemi, daha önce araştırılmamış olan, hizmet alanların hangi hizmetleri alacaklarını bilme durumlarının ve yararlanma durumlarının da değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı Ve Dünyadaki Gelişimi

Aile Hekimi kendisine başvuranın değil, kendisine kayıtlı olmak koşuluyla başvuran hastanın sağlık sorunları ile ilgilenen onu doğal çevresinde sağlık açısından tedavi, koruma ve takip eden hekimdir. Sağlıklı olma durumunun korunmasından kendi nüfusu adına her ile hekimi sorumlu olduğunda tüm toplumun sağlıklı olma durumu korunacaktır.(2)

Aile hekimliği kökenini batı dünyasından alan bir uygulamadır. Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. Ancak aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu.1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır 1969 da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu.1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır.(5)

Dünyada 1970 ve 1980'lerde aile hekimliği hasta hekim iletişimini biyopsiko sosyal yaklaşım metodu ile en etkin şekilde karar verme amaçlı kullanan, hastanın multimorbiditesi ile başa çıkan ve multidisipliner birinci basamak sağlık hizmeti takımının yöneticisi olmuştur.(2)

Avrupa Birliği, 2001-2006 halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırılmayı amaçlayan bir “Halk Sağlığı Programı” hazırlamıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak, sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken,

doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir. (5)

2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Bu rapora göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir.(5)

Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişler ve "Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanmasında özellikle Aile Hekimleri çok önemli bir konuma sahiptir" sonucuna varmışlardır. Birinci basamak sağlık hizmetinin diğer çalışanları yanında aile hekimlerinin rolü, sağlık alanında kaynakların optimal biçimde değerlendirilebilmesi için çok önemli görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu geliştirmeleri durumunda, geleceğin sağlık sistemleri içinde rolleri daha da belirgin olacaktır.(5)

Aile Hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) işbirliği içinde çalışmaktadır.(5)

Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996'da ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin bir çoğunda Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.(5)

2.2. Aile Hekiminin Tanımı ,Görevleri,Özellikleri

Aile Hekimi, Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir.(3)

Aile hekiminin görevleri(3)

1. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
2. Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,
3. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
4. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek,
5. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,
6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
7. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
8. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
9. Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

10. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

11. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

12. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

13. Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,

14. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir.(3)

Aile hekiminin özellikleri:

Bu özellikler aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel unsurlardır. Bireylerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir olanak sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

Kolay ulaşılabilir olmak: Yalnızca coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar.

Sağlık hizmetini entegre ve koordine etmek: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediğı sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemi yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir, aile hekimi ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynar.

Sürekli hizmet vermek: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan başlayarak bu görevi üstlenir. Hamile kadınların ante natal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar doğrudan hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık

süreçlerinde hizmetleri sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda ölen, ölmekte olan, terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunar.

Bütüncül yaklaşım sağlamak: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir.

Kişiyi özel hizmet vermek: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir.

Aile ve toplumsal yönelimli hizmet vermek: Sorunlar sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdır.

Gizlilik ve yakınlık: Aile hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle aile hekimi için temel etik sorumluluk ve haklardan biri olan, kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması can alıcı önemdedir.

Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerinde, sorumluluğunu aldıkları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir.

Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı: Bireylere sunulan bakımı koordine eder, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışır, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yönetir ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk üstlenerek bunu sağlar. İlk başvuru yapılan hekim olarak, aile hekimi büyük kaynakları kontrol eder. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır.

Özgün bir görüşme ve klinik karar verme süreci vardır. Çünkü;

Etkili bir iletişimle zaman içinde doktor ve hasta arasında gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Sıklıkla henüz ayrımlaşmamış şekildeki rahatsızlıklarla ilgilidir.

Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

Ekip hizmeti: Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar. Gereğinde toplumda sosyal hizmet, eğitim hizmeti ve iş hizmeti verenlerle de işbirliği yapabilir. Bir hekim bu niteliklerde hizmet sunuyorsa, basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak DSÖ' nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir.(6)

2.3. Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri

Aile Hekimliği Uygulamasını her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Bu ülkelere bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

2.3.1. Amerika 'da Aile Hekimliği

Aile Hekimliğinin 1960'lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmasını takiben amaçları doğrultusunda ilerlemesi periyodik olarak yayınlarda görülmektedir. 1990'lı yıllarda ortaya çıkan entellektüel ve organizasyonel değişiklikler ile Aile Hekimliğinin rolünü yansıtarak değerlendirmek mümkündür.(5)

İkinci Dünya Savaşından hemen sonra Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hekimler arasında uzmanlaşma eğilimi artmıştır. 1938'de kendini uzman olarak nitelendiren uzman oranı %20.8'den 1970' de %75.7' ye çıkmıştır. Bununla birlikte 1938'de %79.2 olan genel pratisyen oranı 1970' de %17.3' e düşmüştür.(5)

1960'lı yıllarda genel pratisyenlerin durumunu gözden geçirmek ve halkın ihtiyacını karşılayacak toplum odaklı genel bakış açısına sahip hekimlerin sağlanması için çalışma grupları oluşturulmuştur. Bu grupların önde gelen üçünün çalışmaları sonucunda sırasıyla Folsom, Millis ve Willard Raporları oluşturulmuştur. Bu raporlar çok önemli öneriler getiren bir seri bulgu ortaya çıkarmıştır. Bireylerin kendilerini sadece bir hastalık ya da bir organ bozukluğu olarak değerlendirmeyen nitelikli hekimlere ulaşabilmelerinin, hekimin verdiği sağlık hizmetinin ayrıntılı ve geniş kapsamlı olmasının, hasta ve hekim arasında sürekli bir etkileşimin, hekimin bilgi ve

becerilerinin aile bireylerin tümünü kapsamasının ve bu yeni uzmanlık grubunun yeni hekimler yetiştirebilecek kapasitede olmasının gerektiği kararları alınmıştır.(5)

Millis Komisyon Raporunda, Tıp Eğitiminin Organizasyonu ve Kontrolü, artan beklentiler ve ihtiyaçlar, Kapsamlı sağlık bakımı, Üniversitenin rolü, Ulusal hedefler belirtilmiştir. Willard Raporunda ise, aile hekiminin tanımı, görevleri, aile hekimliği için eğitim programı, bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği, aile hekimi ve genel pratisyen terimleri arasındaki ilişki, aile hekimliği için eleman bulma ve uygun aile hekimliği modelleri yaratılabilir mi? Konuları üzerinde çalışılmıştır.(6)

Hem Millis hem de Willard Raporlarında benzeri eğitim programlarının oluşturulması için gereken şartları belirtmiştir.(5)

1969'da bu raporların sağladığı teşvik ve meşruiyet ile Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi oluşturulmuş ve 1970'de Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi olarak yeniden adlandırılmıştır.(5)

Gelişen 20. uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliğinin gelişimi, mesleğin gereklerinden kaynaklanarak hekimlerin isteğiyle kurulan diğer uzmanlıklara nazaran çok özgün olmuştur. Ancak Aile Hekimliği halkın isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın odakta olduğu bir uzmanlık dalı olarak kendini göstermiştir.(5)

Uzmanlığın Kurulması

Yeni kurulan uzmanlık dalı başlangıçta kendini tanımlamakta zorlandı. 1950 ve 1960'lı yıllarda "yeni" aile hekiminin alanlarını ve becerilerini tartışan pek çok yayın çıkmasına rağmen belirgin bir şablonda uzlaşa sağlanmamıştı. Bu yayınların ve Millis ile Willard gruplarının çalışmalarının birleşiminden Aile Hekimliği Uzmanlık programlarının aşağıdaki ana hatları ortaya çıkmıştır(5)

1. Hastanın kişisel hekimi olarak çalışmalı ve hastanın sağlık sistemine girişini sağlamalıdır.
2. İlk muayene, koruyucu hekimlik ve genel tıp hizmetlerinde kapsamlı bir yaklaşımı olmalıdır.
3. Hastanın sorumluluğunu gereğinde sevk için gerekli girişimleri yaparak uzun dönem taşıyabilmelidir.

4. Toplumun kaygılarına ve ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde mesleğini icra etmelidir.

Hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını gözeterek aile ve toplum ölçeğinde gerekli bakımı yapmalıdır.(5)

Başlangıçta genel tıp uygulamalarının yapıldığı hastanelerin yeni eğitim programları için uygun olduğu düşünüldü. Tıbbi bakımın özellikleri gözönüne alındığında, aile hekimliğinin klinik uygulama alanı akademik merkezlerden uzaktaydı. Bu hastaneler halka hizmete odaklanmıştı ve güçlü bir hekim kadroları bulunmaktaydı. Bu nedenlerden dolayı uzmanlık eğitiminin %80'den fazlasının kökleri bu tip hastanelerde bulunmaktadır. 2000 yılında aile hekimliği tüm ihtisas programları arasında en büyük sayıya ulaşarak, 50 eyalette bulunan 472 programda 10503 asistana sahiptir.(5)

Amerikan Tıp Fakültelerinde Aile hekimliğinin gelişmesi de 1970'li yıllarda olmuştur. Folsom, Milis ve Willard raporlarının bu uzmanlık alanının akademik gelişmesi açısından ciddi bir aciliyet olduğunu belirtmelerine rağmen, Tıp Fakültelerinde başarılı bir akademik bölüm kurulması uzun yıllar süren çalışmalar, tartışmalar, lobicilik ve çatışmalar sonucunda mümkün olabilmektedir. Her şeye rağmen 2000 yılında Amerikan Tıp Fakültelerinde tamamıyla kurulmuş 113 Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı bulunmaktadır.(5)

Günümüzde Amerika'da Aile Hekimliği

Amerika'da tam eğitilmiş aile hekimlerinin yetiştirilmesine 1969 yılında 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlanmıştır. 1973 yılında 164 programda 1754 asistan var iken, 8 yıl içerisinde 1981'de bu sayı 386 programda 7000 asistana yükselmişti. 1996'da asistanlık programlarındaki asistan sayısı 452 programda 10102 asistana ulaşarak 10000 rakamını geçmişti. 2001 yılının temmuz ayında 1970 yılından beri 63930 hekim asistanlığını bitirerek aile hekimliği uzmanı olmuştu.(5)

30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği, istatistiklere göre günde en fazla hasta bakan uzmanlık dalıdır. 2000 yılında 822 milyon hekim muayenesinin 199 milyonu aile hekimliği uzmanları tarafından yapılmıştır. Dahiliye uzmanları 126 milyon ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları 104 milyon hasta bakmışlardır(5)

Amerika'da Aile Hekimliği oldukça yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamakta çok önemli katılımları olmuştur. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir.(5)

Çalışma Ortamı

ABD’de çoğu tıbbi bakım özeldir ve devlete ait olmayan klinik ve hastanede sunulur. Aile hekimliği uzmanlarının %27’si tek başına ya da bir ortak ile beraber çalışırlar, %42’si grup ofisleri bulunur ve %31’i başka uzmanları da dahil eden grup ofisleri işletirler. Sağlık hizmetlerinde kurumsal örgütlenme artış eğilimi göstermektedir. Bu biçimdeki sistemler genelde başka tıbbi kliniklerle, hastanelerle ve sigorta şirketleri ile dikey biçimde örgütlenmişlerdir ve bir “managed care” organizasyonu halini almaktadırlar. Bu organizasyonlar grup ve bireylere hizmet sunar.(7)

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

İş verenler sağlık sigortasının %65’ini ve devlet %15’ini Medicare ve Medicaid programları aracılığıyla ödemektedir. ABD nüfusunun %15’inin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. ABD GSMH’nin %15’ini sağlık hizmetleri için harcamaktadır ve %13’ü idari giderler için kullanılmaktadır. Buna rağmen, sağlık göstergeleri pek iyi değildir ve ABD’nin yaşam beklentisi dünyada 47. sıradadır. (7)

Sorunlar

ABD’de hekim açığı bulunmaktadır ve özellikle birinci basamak hekimlerinde görülmektedir. Tıp mezunlarının %32’si aile hekimliği uzmanlık eğitimini seçmektedirler ve bu oran giderek düşmektedir. Nedenleri arasında düşük maaşlar, geri ödenmesi gereken borçlar, düşük kariyer düzeyi ve ağır çalışma koşulları sıralanabilir. ABD sağlık sistemi dengeden çıkmış ve 46 milyon ABD vatandaşının sağlık güvencesi eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerine kısıtlı erişimleri bulunmaktadır.(7)

Başarıları

ABD’de aile hekimliği 1970’li yıllardaki kuruluşundan beri tıp eğitiminde ve asistan eğitiminde önemli başarılarla imza atmıştır. Şu anda aile hekimliği uzmanlık eğitiminden geçmiş 75000 aile hekimliği uzmanı bulunmaktadır. Aile hekimliğinde araştırma sağlam temellere dayanmaktadır ve büyüme eğilimi göstermektedir. Finansal baskılar bu gelişmeleri olumsuz etkileyebilir.(7)

2.3.2. Almanya’da Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir.1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır.1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. İlk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesi’nde açılmıştır. Bugün 24 tıp fakültesinde aile hekimliği kürsüleri bulunmaktadır. Tıp fakültelerindeki aile hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir.Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler(5)

Almanya, sağlık hizmetleri konusunda dünyanın en yüksek standartlara sahip ülkesidir. Ancak yaşlanan nüfus ve doğum oranlarındaki düşüş nedeniyle, sağlık sistemi aşırı borçlanma altındadır.(7)

2.3.3. İngiltere ‘de Aile Hekimliği

İlk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliği veya İngiltere’de ki ismiyle genel pratisyenlik 1947 de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’nin kurulmasıyla başlamıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü vardır.İngiltere’de sağlık hizmetlerinin çoğu vergilerle finanse edilmektedir.Ülkedeki 34.000 civarındaki genel pratisyen hekimin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. 510 kadarı ise tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmaktadır. 6000 kadar genel pratisyen hekim ise sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir pratisyen hekime düşen nüfus 3000 civarındadır.Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları hekime başvurmak zorundadırlar. Hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Genel pratisyenlerin ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır. Hekime ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir.(5)

İngiltere Ulusal Sağlık Sisteminde (British National Health Service); örgütlenme nüfus esasına dayalı olarak görülmektedir fakat genel pratisyen hekime

kayıtlı olan kişi listesi ile sağlık ocağında bağlı olunan nüfus aynı olmak zorunda değildir bu da hizmet sunumunda çelişki yaratmaktadır. Yani Sağlık ocağı yalnızca koruyucu ve geliştirici biraz da esenlendirici hizmetten sorumludur ve yaklaşık 10-15 bin dolayında kişiyi kapsar. İyileştirici hizmeti sunan hekim ortalama 2500 dolayında kişiden sorumludur ve bu kişilerin de hekimin ya da sağlık ocağının bulunduğu bölgeden olması beklenmez. Dileyen istediği hekimin listesine yazılabilir. Bu nedenle hekimin sağlık ocağı ile ortak bir paydası yoktur. Hekim iyileştirici hizmet yanında koruyucu sağlık hizmeti de sunabilir, (aşılama ya da sitolojik tetkik gibi), ancak bunları sağlık ocağı ekibiyle yürütmesi beklenmez. Pratisyen hekim, aileden sorumlu değildir. Ailenin her bireyi farklı hekime bağlı olabilir. Sınırsız bir hekim ve hasta seçme özgürlüğü vardır. Hekim her yıl başında listesini yeniler, kendisine kaydolmak isteyen ortalama 2500 kişiyi bildirir. Bu kişiler hastalık nedeniyle başvursun ya da başvurmasın kişi başına ücretini alır. Hastayı beğenmezse gerekçe göstermeksizin listesinden çıkarma hakkına sahiptir. Listesi değişken olduğu için bu kişileri uzun süre tanıma şansı olmayabilir. Bağışıklama sağlık ocağının görevlerindendir. Anne getirdikçe çocuklara aşısı yapılır.(8)

Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979 da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörnlik döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır. Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu yoktur. Ancak Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için sınav gereklidir. Uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin %80'i bu sınava girmektedir. Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir ancak desteklenmekte ve özendirilmektedir(5)

2.3.4. Kanada'da Aile Hekimliği

Kanada'da ulusal sağlık sigortası tüm bireyleri kapsamaktadır. 65 yaş üstündekilerden ve maddi durumu iyi olmayanlardan sağlık sigorta primleri alınmaz. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2.basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını

oluştururlar. Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler.1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği ihtisasını bitirip, sınavı başaranlara kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır.(5)

2.3.5. Norveç’te Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur.(9)

Norveç’te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar.1984 yılında” Yerel Yönetimler Sağlık Planı” uygulamaya konulduğundan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır. Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir.1500-2500 kişi bir aile hekimine kayıt olur. Hangi bölgede,hangi aile hekimin veya kaç aile hekiminin çalışacağına Yerel Sağlık Yönetimi karar verir.Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler,ancak hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır.Sağlık hizmetlerinde devlet fonu,Genel Sağlık Sigortası ve hizmet karşılığı ödemelerden oluşan karma finansman sistemi vardır.Aile hekimleri belediyelerle sözleşmeli çalışabilmek için belediye sağlık planına uymak durumundadırlar.Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevkı ile olur.(9)

2.3.6. Portekiz’de Aile Hekimliği

Ulusal Sağlık Sistemi 1979 da kurulmuştur.Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir.Buralardaki çalışma ekip çalışması olup aile hekimleri de bu ekibin içinde yer almaktadırlar. Her kişi bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi üç yıldır. 1987 yılından itibaren bu eğitim birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu hale

getirilmiştir.1982 de aile hekimliği koleji kurulmuştur.Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Eğitim sonrasında sınav zorunluluğu vardır.Tıp Fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümü 1987 de Lizbon Üniversitesi'nde açılmıştır.(5)

2.3.7. İsrail'de Aile hekimliği

Genel sağlık sigortası nüfusun %96' sını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir.Kentlerdeki bu merkezler laboratuar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır. Ayrıca özel olarak çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu uygulamaya dahil olabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır. Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitim 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır. Eğitimin denetimi ve kredilendirilmesinden meslek örgütü sorumludur.(5)

2.3.8. İtalya'da Aile Hekimliği

İtalya'nın nüfusu 60 milyondur. Ulusal Sağlık Sistemi ile yapılan sözleşme ile 47000 aile hekimi görev yapmaktadır.Ücretlendirme kapitasyon(kişi başına ücretlendirme) esasına dayanır ve kapitasyon başına alınan ücret günümüzde yetersiz kalmakta ve ofis giderlerini içermektedir. Sağlık sigortaları işlev görmemektedir. Sürekli tıp eğitimi,ulusal sağlık sistemi ile sözleşme imzalayan aile hekimleri için zorunludur.Beş yıllık süre içerisinde 150 kredi toplamak durumunda olan hekimler akredite olan bilimsel etkinliklere katılırlar.Ulusal sağlık sistemi İtalya'da zor dönemlerini yaşamaktadır.Birçok hizmet ve ödemede kesintiye gidiyor,davalar açılıyor ve çatışmalar yaşanıyor.Hekimler de bu süreçten etkilenmektedir.(7)

EURACT İtalya 'da en yaygın ve basında en görülebilir network organizasyonudur. Giderek genişleyen bu network aracılığıyla İtalya'da mezuniyet öncesi eğitim ve aile hekimliği uzmanlık eğitimine ilişkin ulusal düzeydeki sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin giderilmesi beklenilmektedir. Çalışma koşullarının zorluğu ve kalite ve ödemelerinin kısıtlanması; medyanın hekimlere saldırısı ve hekimlerin sağlık hizmetlerinin kötü gidişatından sorumlu tutulmaları aile hekimlerinin

şevkini kırmaktadır. Birçok hekim emekli olmayı yeğlemektedir ve genç hekimler aile hekimliğini ilk seçenek olarak görmemektedirler. 1959 yılında mevcut 6000 hekimin çoğu özel hekimlik yaparken ve şehir merkezinde çalışırken, 2004 yılında mevcut 68.155 hekimin 32.060'ı kırsal alanın tamamını kapsayacak şekilde aile hekimliği uygulaması yapmaktadır.(7)

2.3.9. Küba'da Aile Hekimliği

Sağlık Göstergeleri Bebek ölüm hızı 1959 yılında 1.000 canlı doğumdan 60'ın üstünde iken, 2003 yılı sonunda bu rakam 6,3'e düşmüştür. Çocuk ölüm hızı 1.000'de 8'e, düşük doğum ağırlıklı bebek sayısının %5,5'e, anne ölüm hızı ise 10.000'de 5'e inmiştir. Yaşam beklentisi 60 yıldan 76 yıla çıkmıştır. 13 hastalığa yönelik bağışıklama programı yapılmıştır. Sıtma, polio, neonatal tetanoz, difteri, kızamıkçık ve kabakulak gibi birçok hastalık eradike edilmiştir. Ayrıca enfeksiyon hastalıkları nedeniyle mortalite hızı 100.000'de 14,3'den 6,4'e inmiştir.(7)

Sağlık Sistemi Ulusal sağlık sistemlerinin en üst seviyesinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu vardır. İl ve belde meclislerine bağlı olarak hastaneler olduğu gibi bazı hastaneler ve araştırma enstitüleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Poliklinikler ve aile doktorları belde meclislerine bağlıdır. Küba sağlık sistemi herkesi kapsar, ücretsiz ve erişilebilirdir. Gayri Safi Milli Hasıla'nın % 6,8'i sağlığa ayrılmaktadır. (7)

Sağlık İşgücü Toplam 407 bin sağlık çalışanı vardır. Bunun 68.155'i hekimdir. Bu hekimlerin 32.060'ı aile hekimidir. 1000 kişiye 6,1 hekim düşmektedir. Sağlık hizmetinin 444 poliklinikte, 14671 aile hekimi ofisinde, 162 dış hekimliği merkezinde ve 267 hastanede verilmektedir.(7)

Eğitim Küba'da tıp eğitimi 6 yıldır. 2 yıl daha aynı merkezde çalışarak hekimlerin genel tıp uzmanı yani aile doktoru olabilirler. Diğer branşlarda da uzmanlaşma ancak bu iki yıldan sonra mümkündür. (7)

Birinci basamak sağlık hizmetleri Gebelik süresince 12 takip yapılmaktadır. Bu takiplerde ultrason, alfa fetoprotein, kan ve idrar tahlilleri, serolojik testler ve HIV tetkikleri yapılmaktadır. Yeni doğanlarda fenilketonüri, hipotiroidizm taramaları yapılmaktadır.(7)

1960’lardan itibaren tıp okullarındaki eğitimi halkın ve ülkenin ihtiyacına göre yeniden düzenlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini kuvvetlendirmek için o zamana kadar ülkede olmayan genel tıp uzmanlığı başlatılmıştır. Tıp fakültesi sonrası hekimlerin iki yıl daha hizmet vermeleri sağlanmaktadır.

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için araştırma enstitüleri dışında aile doktorlarına, polikliniklere, hastanelere doğrudan başvurabilirler. Her polikliniğin bir bölgesi vardır. Bölge içinde aile hekimleri toplum ile içi içe ve sıcak bir ilişki içinde beraber çalıştıklarından, kişiler doğrudan diğer kurumlara başvurma yolunun açık olmasına rağmen başvurular daha çok aile hekimlerine yapılmaktadır. Kişinin aile hekimini seçme hakkı vardır. Aile doktorunun ofisinde 1 bekleme salonu, 1 aile hekimi odası, 1 muayene odası, birde uzman hekime ayrılmış bir alan mevcuttur. Ofiste basit bir ecza dolabı, jinekolojik masa, tartı, dosya dolabı ve diğer basit malzemeler vardır. Aile hekiminin yaklaşık 500 kişilik listesi vardır. Gebelerin ve bebeklerin takibine özel önem verilmekte ve sık sık ev ziyaretleri yapılmaktadır.(7)

2.4. Avrupa’da Sağlık Reformlarının Birinci Basamak Üzerindeki Etkisi

Birinci basamak sağlık hizmetleri tüm Avrupa ülkelerinde sağlık reformu savunucularının ilgi odağı olmuş ve yaklaşık 20 yıldır çok hızlı değişimlere sahne olmuştur. Her bir ülkenin mevcut sağlık sistemine, sağlık çalışanlarının ve toplumun yaklaşımına göre farklılık göstermekle birlikte birinci basamağın özel sağlık sektörüne devri olarak özetleyebileceğimiz bu değişim sürecinin genel olarak benzer unsurlardan oluştuğu görülmektedir; hizmet satın alan ve sunan tarafların birbirinden kesin olarak ayrılması ve bu taraflar arasında Pazar mantığı ile uyumlu sözleşmeler yapılması, artan rekabet, girişimciliğin desteklenmesi, tüketici seçiminin geliştirilmesi, klinik rehber ve yönergeler aracılığı ile hizmet sunumunun denetimi ve böylece hekim otonomisinin ortadan kaldırılması, sağlık çalışanları açısından kuralsızlaşma, performans dayalı ödeme yöntemleri. Bu ülkelerden birkaç tanesini inceleyebiliriz.(10)

2.4.1. İngiltere

Reform sürecinin Genel Pratisyenler üzerindeki etkisi, artan stres ve azalan iş memnuniyeti olmuştur. Hekimler bir yandan hastaların özellikle mesai dışı artan talepleriyle, her geçen gün bir yenisi eklenen yönetsel sorumluluklar ve bürokratik işlemlerle uğraşırken, diğer bir yandan da hasta şikayetleri ve haklarında açılan davalarla baş etmeye çalışmaktadırlar. Roland’a göre İngiltere’de birinci basamaktaki

değişimin en temel unsuru girişimciliğin güçlenmesi olmuş ve sonuçta eskiden tek başına ya da grup olarak sundukları hizmeti Genel Pratisyenler büyük ölçekli işletmeler haline getirmişlerdir.(10)

2.4.2. İsveç

1990-1994 döneminde hasta listesi ve hekim seçme özgürlüğünün ilk adımları atılarak, coğrafi temelli örgütlenmenin ve ekip çalışması terk edilerek tüm vatandaşlara istedikleri aile hekimini seçebilecekleri duyurularak , birinci basamak hekimlerine sabit maaşın yerine hizmet başı ödeme ve kişi başı ödemenin bir kombinasyonu getirilmiştir. Bazı eyaletlerde kamu hekimlerinin coğrafi bölgeleriyle ve diğer birinci basamak ekip üyeleriyle bağlantıları kopmuş ve kendilerini hasta kapmak için rekabet halinde bulmuşlardır.1994 yılının ardından hükümet değişimi ile bu reform süreci yavaşlamış Ocak 2010 tarihinden itibaren yapılan yasal değişiklikle birinci basamak hekim seçimi ve girişimcilik zorunlu hale gelmiştir.(10)

2.4.3. Almanya

Dünyada sosyal sigorta uygulamasını devlet sorumluluğu olarak başlatan ilk ülke Bismarck Almanya'sıdır.2.Dünya Savaşı'ndan sonra gelişen sosyal güvenlik sistemi ise geniş anlamda sosyal güvenlik tanımına uygun bir içeriktedir.Bismarck'ın temellerini attığı sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına dayanır. Bismarck Sisteminin finansmanının kaynağı kazanç esasına dayalı sigorta primleridir.(11)

- Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman
- Paraların devlet dışı yönetimlerde, sigorta kurumlarında toplanması
- Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleridir.(11)

Almanya Bismarck Modelinin genel esasları:

- Almanya'da bütün vatandaşlar eşit sağlık haklarına sahiptir.
- Sağlık Hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları tarafından birlikte yürütülmektedir
- Nüfusun %90'ı Resmi Hastalık Sigortası (Krankenkassen)'e dahildir.(11)

Sistem, İngiltere'dekinin aksine reformlarla yapısal olarak ciddi değişikliğe uğramasa da vatandaşların sağlığa harcadıkları para da artış, hizmet kalitesinde düşüş gözlenmektedir.(11)

2.4.4. Bulgaristan

Komünizm döneminde hemen tüm Doğu Avrupa ülkelerinde birbirine oldukça benzer sağlık sistemleri ile karşılaşılıyordu. Birinci basamak dahil tüm sağlık sistemleri devlet eliyle sunuluyor, merkezi olarak planlanıp yönetiliyor ve genel vergiler aracılığıyla finanse ediliyordu. Rechel'e göre tüm toplumun kapsanması ve geniş çerçevedeki hizmetlerden herkesin eşit biçimde yararlanabilmesi sistemin güçlü yönleri olarak belirtilmiştir. Bin dokuz yüz doksanlarda çok hızlı bir reform yaşanarak aile hekimliğine geçiş olmuştur. Bulgaristan'da bugün için aile hekimleri listelerine kayıtlı hasta başına para almakta, hastalar da her bir aile hekimi ve ya uzman görüşmesi başına aylık maaşlarının %1'ini ödemektedir. Sağlık sektörünün finansmanını güvence altına alması gerekçesi ile başlatılan sağlık sigortasının gelir toplamadaki başarısızlığı sonunda cepten ödemeler reform öncesinden çok daha büyük bir miktarlara ulaşmış, bunun sonucu ise hizmetlere erişim açısından yaşanan eşitsizlikler olmuştur. 2005 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %35'i son 12 ay içinde gereksinim duydukları halde herhangi bir nedenle çocukları için sağlık hizmeti ya da ilaç alamadıklarını belirtmiştir. İlaçlara erişim açısından Bulgaristan'da yaşanan sorunlu tablonun temel nedeninin pazarın liberalleşmesi ve pahalı yabancı ilaçların ithali sonucunda ilaç maliyetlerinde gerçekleşen dramatik artışa bağlanmaktadır. Bulgaristan'da sistemin aşırı hızlı ve plansız bir şekilde değişmesinin bu sonuçlara yol açtığı ve hekim, vatandaş temsilcileri ve politikacılar gibi farklı gruplarda reformun gerekliliğine yönelik bir uzlaşıya rastlanmadığı da bildirilmiştir.(10)

2.4.5. Polonya

Polonya'da sağlık reformları 1989-2004 yılları arasında gerçekleştirilmiş ve bu süreçte Sağlık Bakanlığı da yeniden yapılanmıştır. Reformların sonunda zorunlu sağlık sigortası uygulanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu hedeflenmiş ve sağlık sektöründe devletin egemenliğine son verilmesi, sağlık kurumlarının sahipliğinin, finansmanının ve yönetsel sorumluluğunun yerel yönetimlere devredilmesi, aile doktorluğu modelinin geliştirilmesi ve yeni ödeme ve sözleşme biçimlerinin düzenlenmesi gibi uygulamaları içermektedir.(12)

2.4.6. Slovakya

Sağlık Bakanlığı en büyük sigorta şirketinin ve en büyük hastanenin sahibidir. 2006 ve 2010 tarihleri arasında hem sigorta şirketleri hem de ülkedeki tüm hastaneler anonim şirketler haline dönüştürülmüştür. Eczaneler, laboratuvarlar ve ayaktan tedavi hizmetlerinin %90'ı özeldir. Slovakya 2009 yılında Gayrı Safi Milli Hasıla(GSMH)'nın %7,6'sını sağlığa ayırmaktadır ki bu AB üyesi 12 ülke ortalamasının üstündedir. İki bin ikide 730 USD olan kişi başı sağlık harcaması 2008'de 1717 USD'a çıkmıştır. Özelleştirme düzeyi arttıkça hem devletin sağlık sigorta fonlarına çalışmayan kesim için yatırdığı prim katkısı hem de cepten harcamalarda artış bildirilmektedir. Yerleşmeyle birlikte özel sektöre devredilmeye çalışılan sağlık sisteminin maliyeti oldukça yüksek olmuştur. Sağlık Bakanlığı hem yerel yönetimlerle hem de sigorta şirketleriyle olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Anonim şirketler haline dönüştürülen kamu hastaneleri ve sigorta şirketleri de verimlilikten çok uzaktır. İlaç harcamalarının çok yüksek oluşu koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gelişmesine engel olmuş, sağlık sisteminde reform hedefi olarak beklenen iyileşmeler sağlanamamıştır.(13)

2.4.7. Romanya

Romanya'da 1989 sonrası başlayan sağlık reformu ile sağlık örgütlenmesi ve finansmanında değişiklikler yapılmıştır. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu reform çalışmalarını yürütmüştür. Buna ek olarak, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü reform sürecine maddi ve projenin ana hatlarının belirlenmesi boyutu ile destek olmuştur. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunumundan uzaklaşarak düzenleme, yasal çerçeveyi oluşturma, politika belirleme, değerlendirme işlevlerini üstlenmiştir. İl düzeyinde halk sağlığı müdürlükleri ve sigorta fonları yer almıştır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü başkanın hekim olduğu bir de muhasebecinin bulunduğu bir yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Hastanelerin yönetimleri de ekonomik verimliliği artırmak söylemiyle yerleştirilmiştir. Romanya'da da başlayan sağlık reformu; halkın sağlığa erişiminde eşitsizlikler, sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği ve ülke dışına sağlık çalışanı göçü ve sağlık göstergelerinin kötü duruma gelmesi ile sonuçlanmıştır.(14)

2.5. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Cumhuriyet Türkiye ‘sinde 1923 yılında 554 hekim 35.000’i yakın yerleşim birimine dağılmış on iki milyon kişiye sağlık hizmeti götürmekteydi. Adli tabiplik, çevre mühendisliği, gıda mühendisliği, psikoloji, sosyal hizmet uzmanlığı vb. alanlarda yetişmiş insan gücü yoktu ya da yok denecek kadar azdı. Bu nedenle sağlık hizmetleriyle doğrudan ilgisi olmayan pek çok görev memleket tabipliğinin yerini alan hükümet tabipliğine verilmişti. Bu dönemde ölüm hızlarının düşürebilmesi verem, sıtma, trahom, cüzzam ve zührevi hastalıklara karşı kurulan hizmete dikey (özel) örgütlenmelerle gerçekleştirilebilmiştir. Sağlık Ocağı çalışanları için değerli bir başvuru kitabı olan ‘Sağlık Ocağı Yönetimi’ kitabı yazarlarından Nevzat Eren “Nitekim, hükümet tabipleri, hemen hiçbir zaman görevlerini eksiksiz olarak yapamamışlar, hükümet tabipliği hiçbir zaman sevilen bir görev olmamıştır” der. Bunun en önemli nedenlerinden biri de hükümet tabipliğinin bir görev tanımına sahip olmamasıdır. Hükümet tabipliği görev tanımına ancak 26 Ağustos 1958 ‘de yayımlanan ‘Vilayet Sıhhat Müdür Ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesi’ ile kavuşur. Hükümet tabiplikleri üç yıl sonra başlayan bir geçiş döneminde yerlerini sağlık ocaklarına bırakırlar. 5 Ocak 1961 ‘de sağlık ocaklarının kuruluşunu temel alan 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ‘ kabul edilir. Bir süre sonra da 154 sayılı” ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” yürürlüğe girer. Öte yandan ”Hükümet tabiplerinin görevleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocaklarının görevleri içine girmektedir”. 26 Ağustos 1958 tarihli Talimatnameden kaynaklanan bu görev tanımı 104 maddede toplanan 252 kalem görevi içermektedir. 27 Mayıs’tan sonra Sağlık Müsteşarlığına getirilen ve 224 sayılı yasayı hazırlayan Prof. Dr . Nusret Fişek 1985 ‘te yayımladığı ‘Halk Sağlığına Giriş’ kitabında ‘1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür’ der.(4) Bu süre içinde sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısı 12’dir. İyi niyetle hazırlanan sosyalleştirme temelde ;

1-Finansmanla ilgili maddelerden yoksun olarak kanunlaşması

2-Hükümet tabipliğinin son derece geniş görev tanımını devralması nedeniyle istenen sonucu vermez. (15)

Fişek, aynı eserinde ‘Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavi hizmetleri bir arada (integre) olarak yürütülmelidir. İntegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi , ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşlarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzman veya hastaneye gönderir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için ön görülen şekli sağlık ocaklarındaki ekip hizmetleridir.’ der.(15)

23-27 Mart 1992 tarihlerinde toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu aşağıdaki kararları almıştır.

-Kırsal kesimde sağlık evleri ve sağlık ocakları aynen korunmalı; nitelik ve nicelik bakımından mahalli kaynaklardan yararlanarak geliştirilmelidir.

-Kentlerde aile hekimliği sistemi mutlaka oluşturulmalı ve bu konuda pilot uygulama yapılmalıdır. Mevcut sağlık ocaklarından bu sistem içinde yararlanılmalıdır.(16)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da yer alan ilkelerin çoğu, kanunun kabul edildiği dönemdeki sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını öngörür niteliktedir. Bu ilkeler şunlardır : (16)

1. Kapsayıcı ve sürekli hizmet: Halkın yaşadığı en uç noktadaki köylere kadar ulaşabilecek bir hizmet ağı kurulması öngörülmüştür. Böylece, ”herkese-her yerde ve her zaman sağlık hizmeti” ilkesi de kanunda yer almıştır.(16)

2. Entegre hizmet : ”Dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesi benimsenmiştir. Koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetler aynı birim tarafından (sağlık ocağı) verilmeye başlanmıştır. Bu ilke, önceki modelde benimsenmiş olan “geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifidir.

3. Öncelikli hizmet : Ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile hastalıkların kontrolüne ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiştir.(16)

4. Başvurmayanlara da hizmet : Kanuna göre, sağlık yönünden asıl risk altında olanlar, sağlık kuruluşlarına başvurmayanlardır. Çünkü, bu kişiler uzak yerlerde yaşayan, eğitim düzeyleri düşük, sağlıklarının değerini yeteri kadar bilmeyen, fakir kişilerdir. O nedenle, kanuna göre sağlık hizmetleri sağlık kuruluşları dışında,

mahallelerde, köylerde, evlerde, okullarda, işyerlerinde ve yaşanan her yerde verilmelidir. Bu amaçla haftalık gezi programları hazırlanır. Çalışanlar, gezici hizmet tazminatları ile sağlık ocağı dışında görev yapmaya teşvik edilir.(16)

5. Kademeli hizmet : Türkiye'de ilk kez sevk zinciri gündeme gelmiş ve hastaların, önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı) başvurmaları ve buralarda evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ikinci basamak olan hastanelere sevk edilmeleri öngörülmüştür.(16)

6. Katılımlı hizmet : Halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasına katkıda bulunmalarını sağlamak amacıyla "sağlık ocağı sağlık kurulu" oluşturulması öngörülmüştür. Buna ilişkin yönetmelik 1969 yılında çıkartılmıştır.(16)

7. Nüfusa göre hizmet : Hükümet Tabipliğinin aksine, yeni modelde, sağlık hizmetleri nüfus kriterine göre örgütlenmiştir. Yasaya göre, her 5.000 - 10.000 kişi için bir sağlık ocağı, bölgedeki köylerde ya da mahallelerde ise yaklaşık her 2.500 kişi için bir sağlık evi öngörülmüştür. Sağlık ocağındaki ekip, bölgedeki halkın sağlığından sorumludur. Yani, yalnızca hastalardan ve kendisine başvuranlardan değil, sağlamlardan ve kendisine başvurmayanlardan da sorumludur. O nedenle, her şeyden önce, sağlık ocağı ekibinin kimlerden sorumlu olduklarını bilmeleri hizmetin çok temel bir kuralıdır. Bu amaçla, her sağlık ocağı bölgesindeki "nüfus tespitleri" yapılır ve kişiler kayıt altına alınır.(16)

8. Ekip hizmeti : Birinci basamakta çalışan ekip üyeleri ve bu kişilerin görev tanımları açıkça ve ayrıntılı biçimde belirlenmiştir. Mevzuata göre ekip başkanı (sağlık ocağı hekimi) yalnızca bir amir değil "koç"(coach) olarak ele alınmıştır. Hekimin görevi, birlikte çalıştığı ekip üyelerini sürekli olarak denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak, onların mesleki ve kişisel sorunlarını çözerek hizmetin verimliliğini artırmaya çalışmaktır.(16)

9. Planlı hizmet : Sağlık ocaklarında aylık, haftalık ve günlük programlara göre hizmet verilmesi öngörülmüştür. Ayrıca, her ilde 2 yılda bir sağlık kuruluşlarının yerleşim planlamasının gözden geçirilmesi benimsenmiştir. (16)

10. Değerlendirilen hizmet : Mevzuata göre, her sağlık birimi sürekli kayıt tutar ve değerlendirir. İstatistiksel değerlendirmeler her ay yapıp bir üst amire gönderilir. Böylece, tüm ülkedeki sağlık hizmetleri sürekli olarak izlenebilir.(16)

11. Esnek model : Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli, değişen koşullara uyarlanabilen bir modeldir. Mevzuata göre, her iki yılda bir her ilde sağlık kuruluşları yeniden planlanmalı ve yeni koşullara göre güncelleştirilmelidir. Örneğin, personelle ilgili düzenlemeler, fizik yapılanmanın geliştirilmesi, araç-gerecin artırılması, yeni hizmet programlarının geliştirilmesi gibi düzenlemeler yapılabilir. Bu yapılırken, il yönetimlerinin kararları ya da Bakanlığın genelgeleri yeterli olmaktadır.(16)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da yer alan ilkelerin hemen tümü, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılından bu yana bütün ülkelere önerilmektedir. Dolayısıyla, söz konusu kanunun ilkeleri eskimemiştir ve hala çağdaştır. Ancak, önceleri başarıyla uygulanan kanunun işletilmesinde zamanla yönetsel nedenlerden kaynaklanan çok ciddi sorunlarla karşılaşmıştır. Bu sorunlar nedeniyle, kanunun ülkemize uygun olmadığı ve uygulanamaz olduğu ileri sürülmüştür(16)

Bu yasayla elde edilen başarılar;

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması ilk 10 - 15 yıllık dönemde çok başarılı olmuştur. Özellikle, Doğu ve Güney Doğu Anadolu illeri ile üniversitelere bağlı” sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri”ndeki (SEA) uygulamalarda önemli başarılar elde edilmiştir. Örneğin, Etimesgut SEA Bölgesinde 1967 yılında hizmete başlandığında binde 142 olan bebek ölüm hızı 1989 yılına gelindiğinde binde 29'a düşürülebilmisti. Aynı süre içinde "doğumda beklenen yaşam süresi" erkeklerde 56 yıldan 72 yıla, kadınlarda 57 yıldan 76 yıla yükselmisti. Bu çabalar, uluslararası kuruluşlar tarafından da izlenmekteydi ve Etimesgut ve daha sonra açılan Çubuk SEA Bölgeleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir araştırma ve uygulama alanı olarak seçilmisti. Zamanın DSÖ Genel Direktörü Dr. H. Mahler bizzat ziyaret ederek bölgelerdeki ve Türkiye'deki uygulamaları yerinde görmüştü. (16)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi uygulamasının başarılarını ve halk arasındaki değerini anlatan en çarpıcı ifade, Muş ilinde bir vatandaşın zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'e söylediği şu sözlerdir : ”Gökte Allah, yerde sosyalizm”. (16)

Sosyalizasyonda yaşanan sorunlar; Sağlık hizmetleri ile ilgili bugün karşı karşıya olduğumuz sorunların tam olarak anlaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasında karşılaşılan sorunların bilinmesi gerekir. Söz konusu

224 sayılı kanunun ilk uygulamaları, kanunun belirlediği ilkelere uygun idi. Fakat, yıllar geçtikçe bu ilkelere sapmalar oldu. Bu sapmaların her biri modelin biraz daha değişmesine ve yozlaşmasına neden oldu. Sonunda, sağlık ocakları ve sosyalleştirme modeli tanınmaz hale geldi. (16)

Sosyalleştirme modelinin ilkelerinde yapılan başlıca değişiklikler ve sorunlar şunlardır:

1. Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması : Kanunun yayımlandığı dönemdeki politik kararlılık daha sonraki hükümetler tarafından sürdürülememiş ve kanunun gerekli gördüğü ve sosyalleştirme uygulaması için zorunlu olan bir çok kural yok edilmiştir. Bu sorunun oluşmasında, hükümetler kadar sosyalleştirmeye karşı olan bazı grupların "karşı-lobi" faaliyetleri de etkili olmuştur.(16)

2. Tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi : Kanuna göre, sağlık ocağı hekimleri tam gün esasına göre çalışırlardı. Daha sonra bu ilke değiştirilmiş ve hekimler yarım zamanlı çalışmaya, muayenehane ve ecza dolabı işletmeye başlamışlardır. Bir bölgedeki birinci basamak hekimin hem kamuda hem de özel olarak çalışması kamu hizmetinin aleyhine olur. Böyle çalışan hekimler, mesai içinde yapmaları gereken gezici hizmetler, hizmet içi eğitimler, denetim işleri, esnaf kontrolü, çevre sağlığı gibi hizmetleri özellikle ihmal ederler. Gerek birinci gerekse ikinci basamakta çalışan yarım zamanlı hekimlerin kamunun imkanlarını özel hastaları için kullandıkları, mesailerini kısa tuttukları, kamu kuruluşunda baktıkları hastaları kendi muayenehanelerine yönlendirdikleri, özel hastalarını kamudaki kuruluşlara (hastanelere) yatırdıkları gibi kötü uygulamalar inkar edilemeyecek gerçeklerdir. (16)

3. İl içinde bütünlük ilkesinden vazgeçilmesi : Kanuna göre “sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür.” Yani, sağlık ocaklarının yerleştirilmesinde ilçe sınırları dikkate alınmaz, fakat il sınırları dikkate alınır. Bir sağlık ocağının kurulacağı yerde göz önünde bulundurulmuş kriterler bölgede yaşayan nüfus, ulaşım kolaylığı, halkın tercihi gibi şeylerdi. Bu nedenle, sağlık grup başkanlıkları ilçe sınırları dikkate alınmadan kurulmuşlardı ve sağlık ocakları sağlık grup başkanlıkları aracılığı ile doğrudan il sağlık müdürlüklerine bağlı idiler. Ancak, 1983 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Hakkındaki Kanunda yapılan bir değişiklikle kaymakamlar ilçedeki bütün memurların sicil ve disiplin amiri konumuna gelince, il içinde bütünlük ilkesinden vazgeçildi ve “ilçe içinde bütünlük” ilkesi benimsendi. Sonuç olarak, her ilçede bir sağlık grup

başkanlığı kuruldu (birkaç istisna hariç) ve kaymakamlar sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu oldular. Bu değişiklik, önceki hükümet tabipliğine bir dönüş mahiyetinde oldu.(16)

4. Diğer kurumların sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilememesi: Kanunda (Md. 3, 8, 30/d) sosyalleştirilen illerdeki bütün kamu kurumlarına ait hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredileceği hükmü vardır. Kanun, bu devir işlemlerinin, sosyalleştirmenin bütün ülkeye yaygınlaştırılmasına kadar ertelenebileceğini belirtmiştir. Buna göre, 1 Ocak 1984 tarihinde SSK dahil, bütün kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri tamamlanmış olmalıydı. Ancak, bu yapılamamıştır. Mevcut sorunların temelinde yatan önemli etkenlerden biri de budur. 2005 yılında bu SSK ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir, fakat, bu devir işleminin 224 sayılı kanunda öngörülen mantık içinde olduğu söylenemez. Her şeye karşın, söz konusu devir işlemi tek elden yönetim ilkesi açısından olumlu yönler içermektedir.(16)

5. Ücretsiz bakımdan vazgeçilmesi: Kanunun 14. maddesi aynen şöyle demektedir: "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu kanunun 16 ıncı maddesi hükümleri dairesinde ücrete tabi olan ilaç bedelleri ve aşağıda zikredilen haller hariç parasızdır: (a) Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracat edenler (acil vakalar hariç.(b)...." Bu maddeye göre, sağlık ocaklarında muayene, hayat kurtarıcı ilaçlar ve her türlü koruyucu hizmetler ücretsizdir. Sağlık ocaklarından hastanelere sevk edilenlerin hastanelerdeki bakımları da ücretsizdir. Ancak kendiliğinden hastaneye başvuranlar ücretlerini öderler. Kanun, kişilerin sağlık ocaklarına başvurmalarını özendirmiştir. Kanunun bu hükmü uygulanamamıştır. Sağlık ocaklarında başlatılan döner sermaye uygulaması, bu hükmü tamamen sonlandırmıştır.(16)

6. Sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık ocaklarına karşı negatif ayrımcılığı: SSK, Emekli Sandığı ve BAĞKUR gibi sosyal güvenlik kuruluşları hastane hizmetlerini ödedikleri halde birinci basamak sağlık hizmetlerini ödememişlerdir. Hastaneler, sağladıkları bu ek kaynak ile fiziksel ve teknolojik olanaklarını geliştirmişlerdir. Ancak, sağlık ocaklarının böyle bir olanağa sahip

olmamaları, birinci ve ikinci basamak arasındaki nitelik farkını açmış ve bu durum sağlık ocaklarının aleyhine olmuştur.(16)

7. Sevk zincirinin işletilememesi: Sevk zinciri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinin Türkiye'ye getirdiği bir yeniliktir. Kanunun başarıyla uygulandığı dönemlerde yapılan çeşitli araştırmalar sağlık ocaklarından hastanelere hasta sevki hızının yüzde 6 - 10 dolayında olduğunu göstermiştir. Ancak, önceleri başarıyla uygulanan sevk zinciri daha sonraları işletilememiştir. Bunun çeşitli nedenleri vardır: (a) Sağlık ocaklarının sevk yapacakları hastaneler belirlenmemiştir (b) Bölge hastanesi uygulaması sürdürülememiştir (c) Hastane uzmanları birinci basamağın önemini ve işlevini kavrayamamışlardır (d) Ücretsiz bakım ilkesinden vazgeçildiğinden hastaların ilk basamaktan sevk edilmelerinin çekiciliği kalmamış, sevkle gelen de doğrudan başvuranlar da hastane ücretini eşit düzeyde ödemiştir (e) Form 019 (sevk formu) işletilememiş, hastaneden sağlık ocaklarına geri bildirimler sağlanamamıştır (f) Hastanelere sevkle gelen hastalar da doğrudan gelenler gibi sıra beklemiş, sevkle gelmenin hiç bir avantajı olmamıştır (g) Sağlık Bakanlığı 2003 yılında sigortalı kişilerin hastanelerde muayene olabilmeleri için önce sağlık ocaklarından sevk edilme koşulunu getirmişken daha sonra bu kararından vazgeçmiştir.(16)

8. Sosyalleştirme terimi: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi terimi bazı kesimler tarafından ısrarla bir ideoloji ile birlikte düşünülmüş ve bu modele tepki duyulmasının bir nedeni olmuştur. Kanunun mimarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek bu durumu şöyle dile getirmişti: "Keşke, Kanun'un adını millileştirme olarak koysaydık".(16)

9. Ülkeye yayılmasının gecikmesi: Bu örgütlenme modeli uzun süre kırsal bölge ağırlıklı olan illerde uygulanmış, Batı illerine ve metropollere ulaşması gecikmiştir. Bu durum, sosyalleştirme modelinin, sanki geri kalmış ve kırsal bölgeler için olduğu izlenimini vermiştir. Bu gecikmede kaynak yetersizliği neden olarak gösterilmişse de, asıl nedenin Hükümetlerin sağlık hizmetlerine öncelik vermeyişleridir.(16)

10. Kent tipi sağlık ocakları ve aile hekimliği uzmanları: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da tanımlanan model, hem kırsal hem de kentsel bölgeler için olmakla birlikte, Kanun'da yer alan sağlık ocağı modelinin kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerine ağırlık verilerek hazırlandığı bir gerçektir.

Kentlerdeki sağlık ocaklarının tanı ve tedavi imkanları kentte yaşıayanların beklentilerine cevap verebilecek şekilde geliştirilememiştir. Bu ocakların önemli bir kısmında EKG, röntgen, biyokimya analizleri imkanları bulunmamaktadır. Kentlerdeki sağlık ocaklarında uzman hekimlerin istihdamı bir türlü gerçekleştirilememiştir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi görenlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmaları gerekirken hemen hiçbir aile hekimliği uzmanı sağlık ocaklarında çalışmamıştır.(16)

11. Tedavi hizmetlerine verilen ağırlık: Özellikle 2000’ li yıllarda, kentlerdeki sağlık ocakları başta olmak üzere, sağlık ocakları koruyucu hizmetlerden uzaklaştırılmış, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, her sağlık ocağında hekim sayısı kadar muayene odası olmasını bir genelgeyle illere duyurmuş ve bunun takipçisi olmuştur. Bütün sağlık müdürleri, yapmaları gereken en önemli işler arasında muayene odalarının artırılmasını görmüşler ve sağlık ocaklarındaki aile planlaması odası, aşı odası, ishal eğitimi odası gibi birimleri kapatıp muayene odası biçimine dönüştürmüşlerdir. Performans uygulaması da tedavi hizmetlerinin ön plana çıkmasında rol oynamış, sonuç olarak sağlık ocağı hekimleri kendilerini mümkün olduğu kadar fazla sayıda hasta bakmaya yönlendirmişler ve koruyucu hizmetleri aksatmışlardır. Artık, özellikle kentsel sağlık ocaklarında ev ziyaretleri, esnaf denetimleri, evre sağlığı hizmetleri hemen hiç verilmemekte, ocuk ve gebe izlemeleri olabildiği kadarıyla sağlık ocaklarına gelebilen kişilere verilmektedir. Oysa, halk sağlığı ve sosyalleştirmenin ilkelerinden birisi, sağlık kuruluşuna başvurmayanlara hizmet verebilmektir. Çünkü, asıl risk altında olanlar, sağlık kuruluşlarına başvurmayan ve sağlığının değerini bilmeyen kişilerdir.(16)

12. Semt poliklinikleri: Bazı büyük kentlerimizdeki devlet hastaneleri kentin bazı mahallelerinde “semt polikliniği” adı altında birimler açmışlardır. Bu birimler hastanelerin birer uzantısıdır ve aslında birinci basamak sayılmamaları gerekir. Bu yapılanma içinde sağlık ocakları, semt poliklinikleri ile rekabete girmek zorunda bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı’na ait kuruluşların böylesine bir rekabete girmeleri anlaşılır bir uygulama değildir.(16)

13. Personel eğitiminin uygunsuzluğu ve yetersizliği: Gerek tıp, gerekse diğer sağlık okullarındaki eğitimlerde birinci basamak hizmetlerin önemine uygun eğitim sürdürülemediğidir. Eğitim ve araştırma bölgeleri Sağlık Bakanlığı tarafından

anlaşılamayan bir nedenle ya kapatılmış ya da engellenmiştir. Diğer taraftan, sağlık personelinin adaptasyon eğitimleri de yapılamamıştır. Özellikle kentsel sağlık ocaklarında, kent halkının beklentilerine cevap verebilecek hizmet ekibi (uzmanlaşmış birinci basamak hekimi, diğ hekimi, diyetisyen vb) oluşturulamamıştır.(16)

14. Personel, bina ve donanım yetersizliği: Özellikle kentlerdeki sağlık ocaklarının fizik alt yapıları hizmetin sunumuna uygun olmamıştır. Sağlık ocağı ve sağlık evlerindeki kadrolar doldurulamamış ve ekip tamamlanamamıştır. Böyle olunca, doğumların sağlık personeli olmaksızın yapılması, bebek ölümlerinin yüksekliği, morbidite hızlarının yüksekliği, bağışıklık oranlarının düşüklüğü gibi sonuçlarla karşılaşmıştır. Özellikle kırsal bölgelerdeki sağlık ocaklarında gezici hizmetleri yürütebilmek için yaşamsal önemi olan araç (oto) ve şoför yetersizliği hizmetleri aksatmıştır.(16)

15. Dikey örgütlenme kaldırılmadı: 1961 yılından önce hizmetler ”geniş bölgede tek amaçlı hizmet” ilkesine göre ve “dikey” olarak örgütlenmişti. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli ise ”dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesine uygundur. Bu iki model birbirinin alternatifidir ve bir arada işletilemez. Oysa, sosyalleştirmenin ilk birkaç yılı hariç tutulursa, sosyalleştirme uygulamasına geçilmiş olmasına rağmen, önceki modelin uygulamasına da devam edilmiştir. Örneğin, bir yandan sağlık ocakları, diğer yandan AÇS-AP merkezleri aynı bölgelerde hizmet vermekteydiler. Oysa, sağlık ocaklarındaki hizmetlerin ağırlığı ana-çocuk sağlığı alanına yoğunlaşmaktadır. Aynı ailelere, aynı hizmetlerin farklı kuruluşlar tarafından verilmesi demek olan bu ikilem hiçbir örgütlenme modeline uymaz. Bunu fark eden Sağlık Bakanlığı, AÇS-AP merkezlerini ikinci basamak sağlık kuruluşu gibi ya da sağlık ocakları gibi çalıştırılmıştır. Fakat bu durum başarılı olmamıştır, çünkü, AÇS-AP merkezlerinin asıl görevleri ile sağlık ocaklarının görevleri farklıdır. AÇS-AP merkezlerinin sağlık ocağı gibi çalıştırılmalarının tek avantajı, sağlık ocaklarında uzman hekim istihdamı yapılamıyor olmasına karşılık, AÇS-AP merkezlerinde uzman hekimlerin istihdam edilebilmeleri olmuştur.(16)

16. Nüfus tespitleri yapılamadı, formlar kullanılmadı: Sağlık ocağının ”olmazsa olmaz” ilkelerinden biri de bölge nüfusunun sürekli olarak tespittir. Bölgedeki her aile için bir “ev halkı tespit fişi” (ETF) doldurulur, her birey için ise birer “kişisel sağlık fişi” çıkartılır. Bu formlar sağlık ocaklarında düzenli olarak

tutulamamıştır. Kişisel sağlık fişleri yerine “poliklinik defteri” kullanılmıştır. Oysa, poliklinik defteri kullanımı ile kişilerin bilgilerine hakim olunamamış ve aile bilgileri de düzenli olarak işlenememiş ve bilgi sürekliliği ve takip sağlanamamıştır. Böylece, hastaların bir sonraki başvuruda izlenmeleri şansı kalmaz, kişi ailesiyle birlikte değerlendirilemez kişinin aşı kayıtları, önceki tedavileri, önemli hastalıkları kayıtlarda görülemediği için gözden kaçmıştır. Kentlerde, göç hızının yüksek olması, ailelerin gündüzleri evlerinde bulunmamaları, kentlilerin nüfus tespitine ve ebe ziyaretlerine alışkın olmamaları nedeniyle eve gelen memurları kabul etmemeleri ve bilgi vermemeleri gibi nedenlerle nüfus tespitlerinin yapılabilmesinde güçlüklerle karşılaşmıştır. Kent sağlık ocaklarında, klasik ev ev dolaşarak yapılan nüfus tespitleri yerine daha uygun bir modelin geliştirilmesi gerekmiştir. Ayrıca, bütün sağlık ocağı kayıtlarının da çağdaş teknolojiler kullanılarak yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.(16)

17. Politik baskılar: Sağlık hizmetlerinin teknik bir alan olmasına karşılık, sağlık ocağı ve sağlık evlerinin kurulacakları yerlerin seçimi, insan gücünün atanması, kaynakların dağıtımı, disiplin gibi işlerde yerel ve merkezi yönetimler politik baskılarla hareket etmek durumunda bırakılmışlardır.(16)

18. Yönetim kapasitesinin yetersizliği: Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en önemli sorun, belki de, yönetim kapasitesindeki yetersizlik olmuştur. Özellikle il ve ilçe düzeyinde görev alan yöneticilerin önemli bir bölümü, yönetim bilgi ve becerilerinden yoksun olduklarından hizmetlerin planlanması, denetlenmesi, hizmet içi eğitimler, lojistik destek işleri, kaynak kullanımı, personel kullanımı, istatistiksel verilerin toplanması, hizmetin değerlendirilmesi, sektörler arası koordinasyon gibi konularda yetersiz kalmıştır. Özellikle denetim ve değerlendirme işlerinin iyi yapılamamış olması hizmetlerin aksamasının önemli nedenlerindendir.(16)

19. Toplum katılımının sağlanamaması: Her ne kadar 1969 yılında çıkartılan bir yönetmelikle "sağlık ocağı sağlık kurulları" nın kurulup işletilmesi öngörülmüş ise de, bu yönetmelik işletilememiş ve söz konusu kurullar aracılığı ile toplumun sağlık hizmetlerine katılımı gerçekleştirilememiştir.(16)

2.6. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları

2.6.1. Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı söz konusudur. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir Sağlık politikaları bu süreçte , dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir.(17)

2.6.2. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır.Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.(17)

2.6.3. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren Bakanlığı süresince , ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır.1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet,belediye ve karantina tabiplikleri ,küçük sıhhiye memurlukları,86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı,554 hekim,69 eczacı, 4 hemşire,560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriyordu.Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,

- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,

- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin burslar vererek artırılması. Tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,

- Sıtma, frengi, trahom,verem,cüzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması,

Bu ilkeler ışığında Sağlık hizmetleri” geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/”dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş ve her ilçede hükümet tabibi hedeflenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış fakat serbest çalışmaları yasaklanmıştır.(17)

2.6.4. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Milli Sağlık Planı dört kez komisyonda görüşülmesine rağmen hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da , içerdiği düşüncelerden büyük kısmı Türkiye’nin yapılanmasını derinden etkilemiştir.Temel yapı olarak , o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.Milli Sağlık Planı’nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde , her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur.Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması nedeniyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 1950-1955 yıllarında 43.6 yıl, 1960-1965 yıllarında 52.1, 1970-1975 yıllarında 57.9 olarak gerçekleşmiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur.Tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı artırılmıştır .Ayrıca ebe ve hemşire sayısı da artırılarak hekim, hemşire ve ebe sayılarında 10 yıl içinde %100’den fazla artış sağlanmıştır.Verem hastalığından ölümler de bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç,serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak,süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam

Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete geçmiştir.İşçi Sigortaları İdaresi(Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur.1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki alt yapılarını günümüze taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

-Türk Tabipleri Birliği Kanunu(1953/6023)

-Türk Eczacıları Birliği Kanunu(1956/6643)

-Hemşirelik Kanunu(1954/6283) (17)

2.6.5. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış,1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli,entegre, kademeli,il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri,sağlık ocakları,ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve "pronatalist"(nüfusu artırıcı)politikadan,"antinatalist"(nüfusu azaltıcı)politikaya geçilmiştir.(17)

"Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet "anlayışına geçilmiştir.1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir.1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır.1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir.(17)

2.6.6. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna dair hükümler yer almaktadır. Anayasanın 60.maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. Maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak ; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak,işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini

düzenler.Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak,onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır.Anayasamızın 41.maddesinde “Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır,teşkilatı kurar” hükmü yer almaktadır.1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak , aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması,”fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanmıştır.(17)

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu ”Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ”bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.(17)

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir.1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların,sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.(17)

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası “; destek,çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.(17)

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası ”Kişisel Sağlık Sigorta Sistemi Ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş Ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında , Bakanlar Kurulunca TBMM’ye sunulmuş ancak kanunlaşamamıştır.(17)

1990 yılında yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi

-Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması(17)

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur.(17)

2002 yılına kadar, Türkiye’de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı.

Başlıca üç kamu hizmet sunucusu şunlardır:

-Sağlık Bakanlığı

-SSK

-Üniversite hastaneleri (17)

Sağlık Bakanlığı, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıydı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdu. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı’nın yönetimi altında yaklaşık 700 hastane, 6000 sağlık merkezi ve sağlık ocağı, 247 verem savaş dispanseri, 234 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 138 poliklinik vardı.(17)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır.(17)

1-Ebelerin görev yaptığı, kırsal kesimdeki sağlık evleri, 2000-2500 arası bir nüfusa hizmet vermekteydi ve bu evler kırsal kesimdeki insanlar için ilk temasa geçilecek en önemli merkezlerdi.(17)

2-Bir sonraki kademedede ise , 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal tip sağlık ocakları bulunmaktaydı.(17)

3-Bir sonraki kademedede ,10.000-30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, bir çok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuar teknisyenleri,hemşireler ve ebelerin(toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı.(17)

4-Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı. Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktı. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana ocuk sağlığı(aşılar ve aile planlaması da dahil olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, evre sağlığı,hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de kapsar.(17)

2.6.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hkmetin Acil Eylem Planında "Herkes Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi n görülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının zendirilmesi
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri
- Kalkınmada ncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi. (17)

Acil eylem planının belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

- 1-Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- 2-Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

3-Yaygın,erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

a)Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği

b)Etkili, kademeli sevk zinciri

c)İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

4-Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü

5-Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

6-Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon

7-Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

8-Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi (17)

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur.2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerinden faydalanılarak hazırlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konulduğu son birkaç yılda, Türkiye’de sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir. Sağlık hizmetlerinde dün yakınma konusu olan konular değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur. Parasızlıktan, rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası ana konular olmuştur. Aşılama oranındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış ve hayata geçirilmiştir.(17)

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksulumuzdan en zenginimize kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur. 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

1)Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları

2)Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

3)Uluslar arası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri(17)

2.6.8. Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimliği uygulaması dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için hizmet sunumu reformları yapılmıştır. Şu anda Türkiye 'de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında,aile hekimi olmaya hak kazanmış yani gerekli eğitimlerini almış olan hekimler, kişi başı ödemeye dayalı bir sistemde çalışmaktadırlar. Kamudan sözleşme yaparak aile hekimliği sistemine geçmiş olan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları istedikleri zaman tekrar kamudaki asli görevlerine dönebilirler. Aile hekimliği uygulamasında toplum sağlığı merkezleri de yer alır. Toplum sağlığı merkezleri; entegre koruyucu,tanı,tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır.Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumludur. Aile hekimliği birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplini dir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak bir tıp disiplini dir.(17)

2.7. Aile Hekimliği Uzmanlığı, Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Ve Genel Uygulamaya Geçiş

Aile Hekimliği kavramı ülkemizde seksenli yıllarda gündeme gelmiştir ve 1983 yılında Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır. 1984 yılında ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir'de eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır.(18)

1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Ankara'da kuruldu. Bunu takiben açılan İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa Şubeleri ile Aile Hekimliğinin gelişimi hızlandı. Daha sonra 16 Temmuz 1993'de Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları'nın kurulması uygun görüldü.(19)

17 Eylül 1993' de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 10 araştırma görevlisi kadrosu ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı açıldı. Aile Hekimliği kavramı 1991 yılında 6. Beş Yıllık Kalkınma Planında I. Dilim Tedbirler bölümünde "Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını

öngören bir çalışma başlatılacaktır. Aile Hekimliği müessesesi kurulacaktır." şeklinde yer almıştır.(18)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, çeşitli alanlardan toplam 200'den fazla tıp mensubunun katılımı ile gerçekleştirdiği üç toplantı sonucunda Nisan 1995'te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı"nı yayınlamıştır. Ayrıca Royal College of General Practitioners-İngiltere ile birlikte 1992 yılında Ankara'da ve 1994 yılında İzmir'de iki Aile Hekimliği Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiş ve katılımcılar sertifikalandırmıştır.1994 yılında Ankara'da Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği'nde pilot bölgeler açılmış daha sonra 1996 yılında da Bursa ve İzmir'de pilot bölgeler başlamıştır.(18)

Ülkemizde halen Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi 30 üniversite tıp fakültesi hastanesi aile hekimliği anabilim dalında (Aydın Adnan Menderes, Antalya Akdeniz, Ankara, Manisa Celal Bayar, Sivas Cumhuriyet, Adana Çukurova, Diyarbakır Dicle, İzmir Dokuz Eylül, Kayseri Erciyes, Ankara Fatih, Elazığ Fırat, Ankara Gazi, Ankara GATA, İstanbul Cerrahpaşa, İstanbul, Trabzon Karadeniz Teknik, Zonguldak Karaelmas, Kırıkkale, Kocaeli, İstanbul Marmara, Samsun Ondokuzmayıs, Eskişehir Osmangazi, Denizli Pamukkale, Konya Selçuk, Isparta Süleyman Demirel, Kahramanmaraş Sütçü İmam, Edirne Trakya, Bursa Uludağ, İstanbul Yeditepe, Van Yüzüncüyıl) ve 11 devlet hastanesinde (Adana Numune, Ankara Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji, Ankara, Ankara Numune, İstanbul Beyoğlu Taksim, İstanbul Beyoğlu Devlet, İstanbul Haseki, İstanbul Haydarpaşa Numune, İstanbul Kartal, İstanbul Şişli Etfal, İzmir Atatürk Eğitim Hastaneleri) verilmektedir.(18)

Kasım 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığı' mızın "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamı içinde yer alan; koruyucu sağlık hizmetleri,Aile Hekimliği,genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine çağdaş anlayışla yaklaşım gündeme gelmiştir. Bu amaçla ülkemizde Aile Hekimliği adına başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmış ve Kasım 2010 tarihinde tüm ülkede Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.(5)

Türkiye 'de Aile hekimliği uygulamasının pilot uygulaması öncesinde;

“5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında kanun “TBMM” de 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiş 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Daha sonra sırasıyla;

-06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete ‘de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik

-12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete ‘de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik yayımlanarak İlk pilot il olan “Düzce” de Aile Hekimliği Uygulamalarına 15 Eylül 2005 tarihinde başlanmıştır. Pilot uygulamanın ardından;

-25.04.2006 tarih ve 26148 sayılı Resmi Gazete Değişiklik yapılmasına dair yönetmelik

-Aile Hekimliğinin Pilot uygulandığı illerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yayımlanmıştır.

1.Aşama Pilot İller (2006): Eskişehir, Bolu, Edirne, Denizli, Adıyaman, Gümüşhane, Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir’dir.(20)

2. Aşama Pilot İller :Adana, Amasya, Burdur, Erzurum, Karaman,Bayburt , Manisa, Sinop , Yalova, Çorum , Osmaniye ve Karabük tür.(20)

Sağlık Bakanlığının 28.09.2007 tarih ve 11013 sayılı Makam Onayı ile Bursa ilinin de içinde bulunduğu 35 il pilot il olarak belirlenmiştir. 2008 yılında Aile Hekimliği Uygulamasına başlayacak iller: Afyonkarahisar, Aksaray, Ardahan, Artvin, Balıkesir, Batman, Bilecik, Bingöl, Bursa, Çanakkale, Çankırı, Erzincan, Iğdır, Kars, Kastamonu, Kayseri, Kırıkkale, Kırklareli, Kırşehir, Konya, Kütahya, Malatya, Mersin , Nevşehir, Niğde, Rize, Sakarya, Siirt , Tekirdağ, Tokat, Trabzon, Tunceli, Uşak, Van, ve Zonguldak olarak belirlenmiştir. 2010 yılı sonunda da tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.(20)

2.7.1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun(24/11/2004 Tarih ve 25665 Sayılı 5258 Numaralı R.G.)

Aile Hekimliği ile ilgili ilk kanun; Aile Hekimliği Pilot uygulaması hakkında kanun olup Resmi Gazete’ de 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı 5258 numaralı olarak yayımlanmıştır. Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığı’ nın pilot olarak belirleyeceği

illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.(21)

Kanunda Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanını tanımı yapılmıştır. Aile Hekimi ;kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı' nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

Aile Sağlığı Elemanı ise Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe ve ya sağlık memurudur.

Kanunda personelin statüsü ve mali hakları da düzenlenmiştir. Buna göre; Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir.Aile sağlığı elemanları, aile hekimli tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır.Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye' de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin(4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personel talepleri halinde eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar. Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4. Maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için 6 katını, aile sağlığı elemanı için 1.5 katını aşmamak üzere tespit edilen tutar , çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren 15 gün içerisinde ödenir. Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam eder. Ancak her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra da belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınarak, ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemeleri giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu sağlık hizmetlerinin eksik uygulanması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20 'sine kadar indirim yapılır.

Kamuya ait taşınmazların kullanımı : Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, Belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimlerine kiraya verilebilir.

Hizmetin Esasları :Aile Hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilir. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgari 1000, azami 4000 dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000 den az olabilir.

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir, acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak koşuluyla ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliğine geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun , aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracat edenlerden katkı payı alınır.Aile hekimlerinin şahsi kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulur.Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir. Bu kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredilir.

Denetim Sorumluluk ve Mal bildirimi: Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tabidir.Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, görevleriyle ilgili ve görevleri başında işledikleri ve ya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir.Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ,3628 sayılı mal bildiriminde bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri: Kişilerin ağız ve diş sağlığını korumak ve bu hizmetlerin daha etkili ve verimli yürütölmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca tespit edilecek illerde pilot uygulama yapılır.

Yönetmelikler :Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçişe ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartlar; meslek ilkeleri; iş tanımları; performans ve hizmet kalite standartları; hasta sevk evrakı ; reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarıyla yapılacak sözleşmede yer alacak hususlar ve bu kanunda belirlenen esaslar çerçevesinde bunlara yapılacak ödeme tutarları ile bu ücretlerden indirim oranları ve şartları, sözleşmenin feshini gerektirecek durumlar, Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.(21)

Bu kanundan sonra 06.07.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Yönetmelik Resmi Gazete 'de 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı olarak yayımlanmıştır.

2.7.2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (6/7/2005 Tarih Ve 25867 Sayılı R.G.)

Bu yönetmeliğin amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliğine geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkeleri, iş tanımları, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esasları belirlemektir.(22)

Çalışma Usul ve Esasları :

Aile Hekiminin görevleri: Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Aile hekimi ;

-Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

-Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,

-Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini, ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

-İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

-Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde güvenliğini sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

-Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

-Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,

-Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

-Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,

-İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

-Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

-Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

-Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,

-Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,

-Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak ile yetkili ve görevlidir.

Aile sağlığı elemanının görevleri :

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur.

Aile sağlığı elemanı :

-Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin vital bulgularını almak ve kaydetmek,

-Aile hekiminin gözetiminde talimatı verilen ilaçları uygulamak ,

- Yara bakım hizmetlerini yürütmek ,
- Tıbbi alet , malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak ,
- İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak ,
- Poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak,
- Laboratuar tetkikleri için numune almak ,
- Basit laboratuar tetkiklerini yapmak (eğitimi almışsa)
- Aldığı numunelerin ilgili laboratuar tarafından teslim alınmasını sağlamak,
- Gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek ,
- Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,
- Hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir.

Gezici hizmetlerin yürütülmesi :

Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimleri atama sırasında belirlenir. Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, bölgelerindeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dahilinde periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır.

Bağışıklama hizmetleri :

Genişletilmiş bağışıklama programı ve gebe aşıları aile hekimi tarafından yürütülür. Aile hekimlerine ihtiyaçları olan aşılar ilçe sağlık grup başkanlıkları tarafından ulaştırılır.

Acil hallerde aile hekiminin bilgilendirilmesi: Hastaneye başvuru gereken acil durumlarda başvuru acil servisin yetkilisi en kısa zamanda aile hekimine yazılı bilgi verir.

Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler :

Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için aile hekimlerine kaydolması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçen illerde il sağlık müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirebilmesi için en az 6 ay beklemesi zorunludur. İllerde, merkez ilçe tek bölgedir. Büyükşehir sınırlarındaki ilçelerde, kişi isterse ilçe dışından aile hekimini seçebilir.

Meslek ilkeleri: Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında 19.02.1960 tarihli ve 10436 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve bağlı bulunan ilgili mevzuat hükümlerine uymak ve hasta haklarına saygı göstermekle yükümlüdür.

Çalışma saatleri :

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve yerel sağlık idaresince onaylanır. Çalışılan gün ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenmesi sağlanır.

İzinler: Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları yıllık, mazeret izni ve hastalık izni yönünden, asli statülerine ilişkin mevzuata tabidir. Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları yıllık, mazeret izni ve hastalık iznini 5258 sayılı kanunun 8. Maddesinin ikinci fıkrası uyarınca kullanırlar. Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından ücretsiz izinli sayılırlar ve kadroları ile ilişkileri devam eder.

Performans ve Hizmet Kalite Standartları: Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlerin en az %80 ine katılarak hizmet kalite standartlarının yükseltilmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu yönetmelikte belirtilen performans kriterleri ücretlendirmede esas alınır.

Atamalarda /Görevlendirmelerde ncelik Sıralaması /ltleri: Aile hekimliği uygulamasında çalışacak personelin öncelik sıralamasına ilişkin usul ve esaslar, bu

yönetmeliğin (Ek1)indeki Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille ilgili Usul ve Esaslara göre düzenlenir. Aile hekimliği pilot uygulamasına geçişte belirli bir bölgede çalışacak aile hekimi sayısı Bakanlıkça ortalama 2500-3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, il merkezi ve ilin geri kalanı için ayrı ayrı tespit edilir. Büyükşehir belediyesine bağlı ilçelerin her biri ayrı ilçe kabul edilir. Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır.

Eğitim : Aile hekimlerinin eğitimi iki aşama halinde sürdürülür. Birinci aşama eğitim programı en çok on gündür. İkinci aşama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlar, süresi en az on iki aydır. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenir. Aile hekimliği uzmanları bu eğitimlere katılmak zorunda değildir. Aile sağlığı elemanları Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin %80 ine katılmak zorundadır.

Fiziki ve Teknik Şartlar , Kullanılacak Belgeler ve Kayıtların Tutulması :

Aile sağlığı merkezi: Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir aile hekimi için ayrı ayrı sözleşme yapmak zorundadır. Aile sağlığı merkezi aşağıda belirtilen asgari fizik koşulları sağlamalıdır.

-Bina kolay ulaşılır, güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkanlarına sahip olmalıdır, toplam alanı her bir aile hekimi için 60 metrekaredir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare eklenir.

-Bekleme ve sekreter kayıt odası bulunmalıdır.

-Muayene odası , her aile hekimi için en az 8 metrekare olmalıdır.

-Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği ve sterilizasyon cihazlarını alabilecek büyüklükte olmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve müdahalelerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

-Çalıştırılması planlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.

-Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro veya bir bölme bulunmalıdır.

-Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

Muayene odası dışında bahsedilen diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

Teknik şartlar :Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemelerin bulundurulması zorunludur:

Stetoskop , tansiyon aleti (en az iki boy olmak üzere muhtelif ebatta manşonlu), otoskop, oftalmoskop, termometre, tek kullanımlık dil basacağı, ışık kaynağı, küçük cerrahi seti, paravan, muayene masası, refleks çekiçi, mezura, snellen eşeli, enjektör (tek kullanımlık), tartı aleti (bebek , çocuk ve erişkin boy), boy ölçer (bebek , çocuk ve erişkin boy), pansuman seti, keskin atık kabı, hava yolu (s-tüp,laringoskop,pediatrik ve erişkin entübasyon tüpü), ambu cihazı, oksijen tüpü, seyyar lamba, buzdolabı, jinekolojik muayene masası, muayene ve RIA seti, ilaç ve malzeme dolabı, sterilizatör ve Bakanlık tarafından yayımlanmış 19.04.2000 tarihli ve 5138 sayılı ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkındaki genelgede belirlenen temel acil ilaç ve aşılar.

Birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, yukarıdaki tıbbi cihaz ve malzemelerden mezuradan itibaren diğerleri her aile hekimi için ayrı ayrı aranmaz.

Tetkik ve tahlil işlemleri: Aile hekimi, tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı biriminde yapar. Diğer laboratuvar hizmetleri ilçe sağlık grup başkanlığı bünyesinde sürdürülür veya il sağlık müdürlüğünün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılır.

Kullanılacak Belgeler:

Sevk evrakı ve reçete düzenlenmesi: Aile hekimi sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu hekimdir. Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Hastayı gerekiyorsa sevk eder ve verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler ve hizmet birimleri arasında gerekli koordinasyonu sağlar. Birinci basamaktan ikinci ve

üçüncü basamağa sevk sadece aile hekimi tarafından yapılır. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılır. Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

Ölü muayenesi ve defin ruhsatı verilen kişilerin kayıtları aile hekimine bildirilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve muayenehanelerinde serbest çalışan uzman hekimlerce düzenlenen ayaktan takip ve tedavi protokollerinin aile hekimince kayıt ve takibi gereklidir.

Yetkilendirilmiş aile hekimleri: Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren, üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde herhangi bir suretle istihdam edilen, bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan ve bu yönetmelikteki fiziki ve teknik şartları sağlayan hekimlere, kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine valiliklerce aile hekimliği yetkisi verilir. Yetkilendirme sonrası hizmete özel sözleşme ile göreve başlatılır. Yetkilendirilmiş aile hekimi aile hekimliği uygulamasına yönelik mevzuat çerçevesinde görev yapar.

Kayıtların tutulması ve Denetim :

Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir. Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, konulan teşhisler, aşılama, gebe ve loğusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri veriler belirli aralıklarla düzenli olarak Bakanlığa bildirilir. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekimi denetimlerde kendine kayıtlı kişilerin dosyalarını, hasta haklarına riayet etmek suretiyle, göstermek zorundadırlar. Aile hekimi tarafından tutulan kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin aile hekimini değiştirmesi halinde eksiksiz olarak sorumlu olacak aile hekimine devredilir ve ilçe sağlık grup başkanlığı bilgilendirilir. Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine

uygunluk ve diğer konularda Bakan, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir.

Aile Hekimliği Uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları: Kurumlar arası naklen atama için, Bakanlığın belirlediği ilkeler çerçevesinde, İl Sağlık Müdürlüğü müracatları kabul eder ve uygun görülenleri Bakanlık onayına sunar. Kurum içi naklen atama ise Bakanlıkça 08.06.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde açıklanan 'A' hizmet grubu illerden başlamak üzere ve hizmet puanı esasına göre gerçekleştirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçişte öncelik sırası:

Sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri:1 sayılı listeye göre; Kadrosu ve pozisyonu pilot ilde olmak şartı ile ;

-Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanı tabipler

-Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği eğitici eğitimi alarak sertifikalandırılmış ve asgari beş kez birinci basamak uyum eğitimi verdiğini belgeleyen uzman tabip /tabipler

-Kamu kurum ve kuruluşlarından birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde çalışan tabip /diğer uzman tabipler

-Kamu kurum ve kuruluşlarında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan tabip / diğer uzman tabipler

Durumu bu listeye uyan uzman tabip ve tabiplerden müracaat edenler, alt gruplar halinde hizmet puanına göre sıralanır. En yüksek hizmet puanı olan personelden başlamak üzere tercihlerine göre yerleştirme yapılır.

2 sayılı liste: Hizmet grubu ve bölgelerinde personelin kadro ve pozisyonunun bulunduğu il esas alınarak;

A-1,A-2,A-3 hizmet grubu ve hizmet bölgesi iller

A-4,A-5,A-6 hizmet grubu ve hizmet bölgesi iller

B-1,B-2,B-3 hizmet grubu ve hizmet bölgesi iller

B-4,B-5,B-6 hizmet grubu ve hizmet bölgesi illerde kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tüm uzman tabip veya tabipler

Boş aile hekimi pozisyonu kalması halinde bu maddenin 2 sayılı listesinin ‘a’ bendinde açıklanan illere duyuru yapılır. İstekli personel hizmet puanı ve tercihlerine göre yerleştirilir. Boş pozisyon kalması halinde sırası ile diğer alt gruplarda aynı işlem tekrarlanır.

Görevlendirme ile çalıştırılacak aile hekimleri: Sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimi pozisyonları doldurulamaz ise Bakanlıkça pilot ilde geçici olarak personel görevlendirilir. Buradan yeterli personel bulunamaz ise ‘A’ hizmet grubu illerden geçici olarak personel görevlendirilir. Geçici olarak başka mahalden personel görevlendirilmesindeki süre, görevlendirilen personelin rızası dışında altı aydan fazla olmaz.

Aile sağlığı elemanları : Sözleşme ile çalıştırılacak aile sağlığı elemanları ;

a)Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak kaydı ile; kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile hekiminin tercih ettiği istekli ebe, hemşire veya sağlık memurları,

Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile sağlığı elemanı olarak görev yapmak isteyen ebe, hemşire veya sağlık memurları

b)Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile hekiminin tercih ettiği istekli ebe, hemşire veya sağlık memurlarından 08.06.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği’nde açıklanan ‘A’ hizmet grubu illerde bulunan personel,

c)Aile hekimi 2 sayılı listedeki alt gruplara göre, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile sağlığı elemanı olarak görev yapmak isteyen ebe, hemşire veya sağlık memurları unvan ayırımı yapmaksızın tek liste halinde hizmet puanına göre sıralanır ve tercihlerine göre yerleştirilir.

Görevlendirme ile çalışacak aile sağlığı elemanları:

Yukarıdaki sıralamaya göre pozisyonlar doldurulamaz ise pilot ilden görevlendirme suretiyle, burada yeterli personel bulunamaz ise 08.06.2004 tarih ve 25486 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği’nde açıklanan ‘A’ hizmet grubu illerden personel görevlendirilir. Geçici olarak başka mahalden personel görevlendirilmesindeki süre, görevlendirilen personelin

rızası dışında altı aydan fazla olamaz. Pilot illerde herhangi bir sebeple pozisyonlarda boşalma olursa yukarıdaki sıralamaya göre işlem yapılır.

Geçiş dönemi sonrasında atama ve yer değiştirme :

Aile hekimleri: Naklen atama talebinde bulunan aile hekimi ile yeniden veya ilk defa işe başlamak isteyen uzman tabip ve tabipler aşağıdaki gruplar halinde hizmet puanına göre , hizmet puanı bulunmayanlar ise müracaat tarihine göre sıralanır:

-Naklen atama talebinde bulunan aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanı tabipler,

-Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip /tabipler,

-Diğer tabip ve uzman tabipler.

-Boşalan veya yeni açılan aile hekimliği pozisyonuna, 1 inci alt grubun hizmet puanı en yüksek olan personelden başlamak üzere kabul eden uzman tabip veya tabibin naklen, yeniden veya ilk defa atanması gerçekleştirilir.Açıktan atama yapılabilmesi için bütçe imkanlarının uygun olması, Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü şarttır.

Aile sağlığı elemanları :

-Aile hekiminin tercih ettiği, kendisi kabul eden ve çalıştığı kamu kurum ve kuruluşunca muvafakat verilen ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı olarak yerleştirilir.Bu olmaz ise;

-Naklen atama talebinde bulunan aile sağlığı elemanı

-Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı), sıralamasına göre 1 inci grubun hizmet puanı en yüksek personelden başlamak üzere kabul eden ebe, hemşire veya sağlık memurunun (toplum sağlığı), naklen ataması gerçekleştirilir.

Boş aile hekimliği ve aile sağlığı pozisyonlarının duyurulması , müracaat gibi işlemler Bakanlıkça internet üzerinden yapılır.Boşalan pozisyona müracaatı kabul edilen aile hekimi veya aile sağlığı elemanı en geç on beş gün içinde görevine başlamak zorundadır.

Sözleşme Süreci: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılacak sözleşmelerin süresi 1 yıl olup, bütçe yılı itibariyle düzenlenir. Sözleşme düzenlenmesinin gerektirdiği her türlü giderler (damga vergisi hariç) Bakanlıkça karşılanır.(22)

2.7.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik(12/08/2005 Tarih Ve 25904 Sayılı R.G.)

12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkındaki yönetmeliğe göre amaç :

Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği pilot uygulaması kapsamında sözleşme yapmak suretiyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemeler ve sözleşme esasları ile aile hekimliği uygulamaları için Sağlık Bakanlığınca görevlendirilen uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelere ilişkin esas ve usullerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.(23)

Yönetmeliğin ikinci bölümünde sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarında aranacak genel şartlar açıklanmıştır. Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili, Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan diğer uzman tabip ve tabipler aile hekimi olabilirler. Sağlık meslek liseleri veya yüksek öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu bölümlerinden mezun olanlar aile sağlığı elemanı olabilirler. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının 657 sayılı devlet memurları Kanunun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4) , (5) ve (7) inci alt bentlerinde belirtilen şartları taşımaları gereklidir.

Sözleşme süresi: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılacak sözleşmelerin süresi 1 yıl olup, bütçe yılı itibariyle düzenlenir.

Kazanç getirici başka iş yapma yasağı: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, bu görevleri dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleklerinin icrasından menfaat temin edemezler. Hizmet akdi suretiyle veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamazlar.

Sözleşme imzalamaya yetkili merci: Sözleşmeyle çalıştırılacak aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile sözleşme imzalamaya vali veya görevlendireceği merci yetkilidir.

İzinler: Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları izin kullanımı yönünden kendi mevzuatlarına tabidirler.

Çalışma saatleri: Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi kırk saattir.

Denetim: Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ve diğer konularda Bakan, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir.

Sözleşme giderleri: Sözleşme düzenlenmesinin gerektirdiği her türlü giderler Bakanlıkça karşılanır.

Sözleşmenin sona erdirilmesi veya ermesi :

Sözleşmenin kendiliğinden sona ermesi : Ölüm ya da tabi olduğu mevzuata göre malulen emekli olma hakkını elde edenlerin sözleşmesi, herhangi bir işleme gerek olmadan sona erer.

Sözleşmenin yetkili merci tarafından sona erdirilmesi: Aşağıdaki hallerde sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri , ilgili vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir

-Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla 1000' in altına düşmesi,

-Çalışanın, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 48 inci maddesinin(A) bendinin (4), (5) ve (7) inci alt bentlerinde belirlenen şartlar ile bu yönetmelikte belirtilen şartları taşımadığının anlaşılması veya bu şartları sonradan kaybetmesi ,

-Bu yönetmeliğin 7 inci maddesinde belirtilen faaliyetlerde bulunulduğunun tespit edilmesi,

-Verilen süre içinde mal bildiriminde bulunulmaması,

-657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125. Maddesinin (E) bendinde yer alan suçların işlendiğinin mahkeme kararıyla sabit olması ,

-Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca Devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi,

-Özürsüz olarak kesintisiz 10 gün görev başında bulunmaması,

Sözleşmenin çalışan tarafından sona erdirilmesi: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları askerlik, doğum , emeklilik veya diğer sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden personel, bir yıl süreyle aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olamaz.

Sözleşmenin ihtaren sona erdirilmesi: Aşağıdaki fiilleri işleyen sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine ve ilgili durumlarda aile sağlığı elemanlarına, tespitin mülki idare amirliği ve yerel sağlık idareleri tarafından yapılması halinde mülki idare amirliğince, tespitin Bakanlık tarafından yapılması halinde Bakanlıkça, doğrudan yazılı ihtar yapılır. Bakanlıkça yapılan ihtarlar, işlem yapılmak üzere ilgili valiliğe süresi içinde bildirilir.

Yıl içinde, aşağıda aynı bentteki fiillerin iki defa, farklı bentlerdeki fiillerin üç defa işlenmesi halinde sözleşme, ilgili vali tarafından sona erdirilir.

-Görev tanımında belirtilen işleri yapmamak veya eksik yapmak ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek,

-Aile sağlığı merkezinin zorunlu fiziki veya teknik şartlarındaki eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

-Meslek ilkelerine aykırı davranmak,

-Bir yıl içinde aralıklı olarak özürsüz 10 gün görev başında bulunmamak,

-Görevin yerine getirilmesi için gereken belgeleri usulüne uygun düzenlememek ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek ,

-Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek, eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

-Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri ibraz etmemek , eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

-Koruyucu hekimlik uygulamalarından aşı, gebelik veya çocuk-bebek takip oranlarını, mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen haller dışında %80 'in altına düşürmek,

-Verilen eğitimlerin belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak,

Aile hekimi ile aile sağlığı elemanı ekip anlayışı içinde çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirmek ve denetlemek yetkisine sahiptir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık müdürlüğüne teklifte bulunma yetkisine sahiptir. Bu şekilde sözleşmesi sona erdirilen aile sağlığı elemanı başka bir aile hekimi ile çalışmak için başvuruda bulunabilir.

Ödemelerde uygulanacak usul ve esaslar :

Aile hekimine yapılacak ödemenin unsurları: Aile hekimliği uygulamasında sözleşmeyle çalıştırılan veya aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen aile hekimine her ay yapılacak ödemeler aşağıdaki unsurlardan oluşur:

Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemeleri hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetler için;

1) Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 kişiye kadar

a. Aile hekimi uzmanı ise 2000 YTL

b. Uzman tabip veya tabip ise 1500 YTL

2) 1000 kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 YTL, esas alınır.

Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için kişi başına 0,40 YTL; 31712/1980 tarihli ve 2368 sayılı Kanunun 4 üncü maddesine göre serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için ise kişi başına 0,20 YTL hesaplamaya esas alınır.

Eğer kayıtlı kişi sayısı 4000 ‘den fazla olan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmaz.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenir. Bu ödemede 657 sayılı Kanunun 152 inci maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan Kalkınmada Öncelikli yöreler cetveli esas alınır. Buna göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede ;

- 1)1,2 ve 3 üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %10’u,
- 2)4 üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20’i,
- 3)5’inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %30’u
- 4)6’ıncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %40’ı
- 5)7 ‘inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %50’i esas alınır.

Aile sağlığı merkezi giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin %100’ü ödenir.

Gezici sağlık hizmetleri giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus;

- 1)500 den az ise tavan ücretin %0’ı
- 2)500 ila 1000 kişi ise tavan ücretin %10’u
- 3)1001 ila 1500 kişi ise tavan ücretin %20’i
- 4)1501 ila 2000 kişi ise tavan ücretin %30’u
- 5)2001 kişiden fazla ise tavan ücretin %40’ı esas alınır.

Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimlerinin; Bakanlıkça taşıt ve taşıta ilişkin zorunlu giderleri temin edilmediği takdirde, bu bentte öngörülen gezici sağlık hizmetleri giderleri aynı şekilde karşılanır.

Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtmak

ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılır.Yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılır; belgelendirilemeyen kısım için bir ödeme yapılamaz.Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçemez.Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabiplerin tetkik ve sarf malzemeleri giderleri Bakanlıkça karşılanmadığı takdirde, bu bentte öngörülen tetkik ve sarf malzemeleri giderleri aynı şekilde karşılanır.Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine; bu maddenin (A),(B),(C),(D) VE (E) bentleri uyarınca her ay itibariyle yapılacak brüt ödemeler toplamı ile Devletçe karşılanacak sosyal güvenlik kurumu prim veya kesenekleri toplamı, tavan ücretin 6 katını aşamaz.

Yukarıda sayılan ödemelerden (A) bendinde belirtilenlerden gelir vergisi ve damga vergisi, diğer bentlerde belirtilenlerden ise sadece damga vergisi kesilir.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine bu Yönetmelikte belirlenen ödemeler dışında, herhangi bir ad altında başkaca bir ödeme yapılamaz. Bu statüde çalışanlara, her ne şekilde olursa olsun, sözleşmelerinin sona ermesi veya erdirilmesi durumunda sosyal güvenlik mevzuatı gereği ödenenler hariç herhangi bir ödeme yapılmaz.

Geçici görevlendirilenler de dahil olmak üzere, Bakanlıkça aile hekimi olarak görevlendirilenlere , 04.11.1961 tarihli 209 sayılı Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz. Bunların aylık veya ücretleri kadro veya pozisyonlarının bulunduğu birimden ödenmeye devam olunur.

Aile hekiminden yapılacak kesintiler: Aile hekiminden yapılacak kesintiler aşağıdaki şekildedir:

1)Sevk kesintisi: Aile hekiminin, kendisine kayıtlı kişi sayısı esas alınarak 2 inci ve 3 üncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk yapması halinde, aşağıda gösterilen oranlarda kesinti yapılır.

1)Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi için 17 inci maddenin (A)bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

a)Bir önceki ay sevk oranı %15 den az ise %0'ı

b)Bir önceki ay sevk oranı %15(dahil)-%20(hariç) ise %1'i

c) Bir önceki ay sevk oranı %20(dahil)-%25(hariç) ise %2'i

d) Bir önceki ay sevk oranı %25 ve daha fazla ise %5'i

2) Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için 17 inci maddenin (A) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

a) Bir ay önceki sevk oranı %15'den az ise %0'ı

b) Bir ay önceki sevk oranı %15(dahil)-%20(hariç) ise %1'i

c) Bir ay önceki sevk oranı %20(dahil)-%25(hariç) ise %2'i

d) Bir ay önceki sevk oranı %25 ve daha fazla ise %5'i

3) 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Kanunun 4 üncü maddesine göre serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için 17 inci maddenin (A) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

a) Bir ay önceki sevk oranı %15 den az ise %0'ı

b) Bir ay önceki sevk oranı %15 (dahil)-%20(hariç) ise %1'i

c) Bir ay önceki sevk oranı %20(dahil)-%25(hariç) ise %2'i

d) Bir ay önceki sevk oranı %25 ve daha fazla ise %5'i esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktar, aile hekimine yapılacak ödemedan düşülür.

B) Diğer kesintiler: Koruyucu Hekimlik hizmetlerinde; aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanır. Bu takiplerde ;

1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi için 17 inci maddenin (A) bendine göre hesaplanan brüt ücretin ;

a) Aylık başarı oranı %90(dahil)-95(dahil) ise %1'i

b) Aylık başarı oranı %80(dahil)-90(hariç) ise %2 'i

c) Aylık başarı oranı %80 den daha düşük ise %5'i

2) Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için 17 inci maddenin (A) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

a) Aylık başarı oranı %90(dahil)-95(dahil) ise %1'i

b) Aylık başarı oranı %80(dahil)-90(hariç) ise %2 'i

c)Aylık başarı oranı %80 den daha düşük ise %5'i

3)31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Kanunun 4 üncü maddesine göre serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için 7 inci maddenin (A) bendine göre hesaplanan brüt ücretin ;

a)Aylık başarı oranı %90(dahil)-95(dahil) ise %1'i

b)Aylık başarı oranı %80(dahil)-90(hariç) ise %2 'i

c)Aylık başarı oranı %80 den daha düşük ise %5'i esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar aşı, gebe ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür.

Ancak, köy yolunun kar nedeniyle kapanması gibi mülki idare amirinin takdir edeceği mücbir sebepler ile aşı veya gebelik takibi yaptırılmaması gibi nedenlerle ihbar düzenlenmesine rağmen yerine getirilemeyen hizmetler bu hesaplamalarda dikkate alınmaz. Bu madde uyarınca aile hekiminden yapılacak kesintilerin toplamı, 17 inci maddenin (A) bendi uyarınca hesaplanan brüt tutarın %20 'inden fazla olamaz.

Aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödeme:

Aile sağlığı elemanlarına her ay yapılacak ödemeler aşağıdaki unsurlardan oluşur:

A)Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetler için ilk 1000 kişiye kadar 800YTL ve ayrıca 1000 kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına 0.40 YTL esas alınır.

Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kişi başına 0.10 YTL esas alınır.

Eğer kayıtlı kişi sayısı 4000 den fazla ise fazla olan kısım için aile sağlığı elemanlarına herhangi bir ödeme yapılmaz.

B)Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti:Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanlarına çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenir.Bu ödemede 17 inci maddenin (B)bendinde belirtilen cetvel esas alınır. Buna göre sözleşmeli aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemede ;

1)1,2 ve 3 üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %5'i

2)4 üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %7 'i

3)5 inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %10'u

4)6 ncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %15 i

5)7 inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20 'i esas alınır.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanlarının kendilerinden kesilecek sosyal güvenlik kurumu prim veya kesenekleri, (A) bendinde belirtilen ödemeden düşülecektir.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanlarına bu Yönetmelikte belirlenen ödemelerin dışında , herhangi bir ad altında başkaca bir ödeme yapılamaz. Bu statüde çalışanlara , her ne şekilde olursa olsun, sözleşmelerinin sona ermesi veya erdirilmesi durumunda sosyal güvenlik mevzuatı gereği ödenenler hariç herhangi bir ödeme yapılmaz.Geçici görevlendirilenler de dahil olmak üzere, Bakanlıkça aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilenlere, 04/01/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz.Bunların aylık veya ücretleri kadro ve pozisyonlarının bulunduğu birimden ödenmeye devam olunur.Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanlarına , bu madde uyarınca yapılacak brüt ödemeler toplamı ile Devletçe karşılanacak sosyal güvenlik kurumu prim veya kesenekleri toplamı, tavan ücretin 1,5 katını aşamaz.

Aile sağlığı elemanından yapılacak kesintiler: Bu Yönetmeliğin 18 inci maddesine göre yapılacak kesintilerdeki esas, usul ve oranlar, sözleşme veya görevlendirmeye çalıştırılan aile sağlığı elemanları için 19 uncu maddenin (A) bendi uyarınca hesaplanan brüt gelir üzerinden hesaplanmak suretiyle aynen uygulanır.Bu madde uyarınca aile sağlığı elemanından yapılacak kesintilerin toplamı, 19 uncu maddenin (A) bendi uyarınca hesaplanan brüt gelirin %20'inden fazla olamaz.

Ödeme zamanı :Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemeler , çalışılan ay sonuçlarının yerel sağlık idarelerine bildiriminden itibaren 15 gün içerisinde yapılır.

Ödemelerdeki artış: Bu Yönetmeliğin 17 inci ve 19 uncu maddelerinde öngörülen tutarlar, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personele ödenecek tavan ücrette yapılan artış oranı kadar artırılır.(23)

2.7.4. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (25/04/2006 Tarih Ve 26148 Sayılı R.G.)

25.04.2006 tarih ve 26148 sayılı Resmi Gazetede Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır.27/6/2005 tarihli ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğin 19 uncu maddesinin birinci fıkrasının (A) bendinin ikinci paragrafı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kişi başına 0,10 YTL esas alınır”.
(24)

2.7.5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(28/07/2006 Tarih Ve 26242 Sayılı R.G.)

28.07.2006 tarih ve 26242 sayılı Resmi Gazetede Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır.

06/07/2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 26 ncı maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Yetkilendirilmiş aile hekimleri"

Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren, üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde herhangi bir suretle istihdam edilen, bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan ve bu Yönetmelikteki fiziki ve teknik şartları temin eden hekimlere , kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine valiliklerce aile hekimliği yetkisi verilir. Yetkilendirme sonrası hizmete özel sözleşme ile göreve başlatılır. Yetkilendirilmiş aile hekimi aile hekimliği uygulamasına yönelik mevzuat çerçevesinde görev yapar.Yukarıda sayılan hekimlerden kendilerine aile hekimliği yetkisi verilmemiş olanlar, kurum ve işyerlerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli ilk müdahaleyi

yapar ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek en kısa süre içerisinde aile hekimini bilgilendirir.Yine çalışana sevk, reçete ve rapor gerektiğinde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte aile hekimine gönderir. Bu kişilerin aile hekimlerince takip edilmesi zorunludur.Birinci fıkrada sayılan kurumlarda aile hekimi seçme hakkı saklıdır. Ancak yetkilendirilmiş aile hekimi olmamalarına rağmen Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan hekimler bölge dışından gelen hastalara birinci basamak sağlık hizmeti verebilirler.

Aynı Yönetmeliğin Ek-1’inde yer alan 2inci maddenin birinci fıkrasının (A) bendinin 1 sayılı listesinin (b) alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir :

b)Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile hekimliği eğitimi alarak sertifika sahibi olan ve birinci aşama uyum eğitimi verdiğini belgeleyen uzman tabip ve tabiplere, eğitici olarak katıldığı her bir eğitim için il içi 1000 puan , il dışı 1500 puan ile aile hekimliği yerleştirmelerinde kullanılmak üzere hizmet puanına eklenir.

Aynı Yönetmeliğin Ek- 1 inde yer alan 2 inci maddenin birinci fıkrasının (A) bendinin 2 sayılı listesinin üçüncü paragrafı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir:

“Bütçe imkanlarının uygun olması, Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü halinde, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte pilot ilde tam gün serbest çalıştığını belgeleyen uzman tabip ve tabiplerden birinci basamak özel sağlık kuruluşlarında tababet mesleğini serbest olarak icra ettiği mahal ile sınırlı kalmak kaydıyla, aile hekimliği uygulamasına başlamak üzere sözleşme yapılabilir.Pilot ilde serbest çalışan tabip veya tabipler için izin alınan kadro/pozisyon sayısından fazla müracaat olması halinde kura ile sıralama yöntemine başvurulur”.

Bu Yönetmelik, 3 üncü maddesi 6/7/2005 tarihinden geçerli olmak üzere, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.(25)

2.7.6. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(05/12/2006 Tarih Ve 26367 Sayılı R.G.)

05.12.2006 tarih ve 26367 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ‘te, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Ek-1 inde yer alan 2 inci maddesi değiştirilerek; hekimlerin atanma sıraları;

- 1) Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimliği uzmanı tabipler.
- 2) Aile hekimleri
- 3) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip/diğer uzman tabipler
- 4) Diğer tabip ve uzman tabipler şeklinde olmuştur.

Aynı yönetmeliğe EK-2 numaralı Eğitim Puanlama Tablosu eklenmiştir. Aynı Yönetmeliğe Geçici Madde eklenerek Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce tamamlanmış birinci aşama uyum eğitimleri için eğitimcilere il içi eğitimler için 1000, il dışı eğitimler için 1500 puan verileceği belirtilmiştir. Bu Yönetmelikte yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.(26)

2.7.7. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(24/03/2007 Tarih Ve 26472 Sayılı R.G.)

24.03.2007 tarih ve 26472 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır. Bu Yönetmeliğe göre 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 13 üncü maddesinin üçüncü fıkrası değiştirilmiştir. Bu değişiklikte Aile hekimi ve Aile sağlığı elemanının sözleşmesinin kendilerinin vazgeçmeleri veya herhangi bir nedenle sona ermesi durumunda ücretsiz izne ayrıldıkları ilçe sağlık grup başkanlığına atamalarının yapılacağı ve bu şekilde geri dönen personelin daha sonraki iş ve işlemleri için Bakanlık atama ve nakil mevzuatına tabi olacağı belirtilmiştir. Bu yönetmelikte madde 2 de değişiklik yapılarak Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması yeniden düzenlenmiştir.(27)

2.7.8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği(25/05/2010 Tarih Ve 27591 Sayılı R.G.)

25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu Yönetmelikte amaç; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet

kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları belirlemektir. Bu Yönetmelik, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8 inci maddesinin birinci fıkrası ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. 6/7/2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. (28)

2.7.9. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik(30/12/2010 Tarih Ve 27801 Sayılı R.G.)

30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik 24/11/2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Bu yönetmeliğin madde 25 inde 27/06/2005 tarihli ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu yönetmelikte amaç aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemeler ve izinleri ve yapılacak ödemelere ilişkin usul ve esasları yeniden belirlemektir.(29)

MADDE 8- (1) Sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri otuz gündür. Malî yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, malî yıl sonuna kadar çalışacakları sürenin bir yıllık çalışma süresine oranının, yıllık izin süresi ile çarpılması suretiyle bulunacak süre kadar yıllık izin verilir; hesaplamada kesirler tama iblağ edilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından kullanılmayan izin süreleri bir sonraki sözleşme dönemine aktarılamaz.

(2) Aile hekimi ve aile sağlığı elemanının isteği üzerine, kendisinin veya çocuğunun evlenmesi, annesinin, babasının, eşinin, çocuğunun veya kardeşinin ölümü

hâlinde veya erkek aile hekimi ve aile sağlığı elemanına, eşinin doğum yapması sebebiyle beş gün izin verilir.

(3) Kadın aile hekimi ve aile sağlığı elemanına doğumdan önce sekiz hafta ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere, toplam on altı hafta süreyle ücretli izin verilir.

(4) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına, görev yapmalarını etkileyecek hastalıkları hâlinde, bir sözleşme dönemi içinde bir malî yılda, tek hekimin uygun görmesiyle en çok on günlük dönemler hâlinde, toplam kırk güne kadar hastalık izni verilebilir. Bir defada on günü aşan hastalık izni için sağlık kurulu raporu gereklidir. İdarenin sağlık raporlarının fenne ve usûle uygunluğunu sorgulama hakkı saklıdır. Doksan günü aşan hastalık raporlarının Bakanlığın belirlediği hakem hastane tarafından onaylanması zorunludur. Bir sözleşme dönemi boyunca rapor süresi yüz seksen günü aşan aile hekimi veya aile sağlığı elemanının sözleşmesi fesh olunmuş sayılır.

(5) Sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimi veya aile sağlığı elemanı, izinli veya raporlu olduğu süre içinde, 5 inci maddede belirtilen şartları taşıyan hekim ya da sağlık personeli ile anlaşarak hizmetin görülmesini geçici olarak sağlar. Bu anlaşma, müdürlükçe uygun görülmesi hâlinde uygulanır. Bu mümkün olmadığı takdirde, müdürlükçe geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanı görevlendirilir.

Aile hekimine yapılacak ödemeler

MADDE 16- (1) Aile hekimliği uygulamasında sözleşmeyle çalıştırılan veya aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen aile hekimine, izin, rapor ve Bakanlıkça verilen eğitimlerdeki görevlendirme süreleri hariç olmak üzere, çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda valilikçe veya Bakanlıkça görevlendirilenlere, ödeme tam olarak yapılır. Aylık olarak yapılacak ödemeler aşağıdaki (a), (b), (c), (ç) ve (d) bentlerinde yer alan unsurlardan oluşur:

a) Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda yapılacak hizmetler için ayrıca bir ödeme yapılmaz. Kayıtlı kişiler için;

1) 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,

2) Gebeler için (3) katsayısı,

- 3) 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,
- 4) Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
- 5) Diğer kişiler için (0,79) katsayısı, esas alınır.

Birinci ila beşinci gruptaki katsayı ile o gruptaki kayıtlı kişi sayısının çarpılması ile oluşan puanların toplamı üzerinden, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk (1.000) puana kadar;

- 1) Uzman tabip veya tabip için 2.167 (iki bin yüz altmış yedi) TL,
- 2) Aile hekimliği uzmanları için 3.139 (üç bin yüz otuz dokuz) TL,

ödeme yapılır. (1.000) puanın üzerindeki puanlar için, söz konusu puanların (1,4418) değişken katsayısı ile çarpımı sonucunda bulunacak tutarda ayrıca ödeme yapılır.

b) Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi esas alınarak Ek (3)'teki listeye göre aile hekimi için belirtilen tutar ödenir.

c) Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 19 uncu ve 20 nci maddeleri ile belirlenen asgarî fizikî ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için, her ay tavan ücretin % 50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme yapılır..

Her aile hekimine ayrıca, yukarıdaki tutara ek olarak, her ay Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin Ek (3)'ünde belirlenen aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre, tavan ücretin aşağıda belirlenen oranı kadar ödeme yapılır:

- 1) D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 10'u.
- 2) C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 20'si.
- 3) B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 35'i.
- 4) A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 50'si.

Aile hekimliği birimleri, müdürlükçe olağan dışı denetimlerin yanı sıra, aile hekimliği birimleri hizmet kalite standartları açısından, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin Ek (3)'üne göre altı ayda bir denetlenir. Denetim ekibi veya ekipleri, müdürlük tarafından oluşturulur. Bu denetimlerde aile hekimliği birimlerinin ödeme aldığı hizmet kalite standartları grubunun şartlarını kaybettiği tespit edilirse, bu şartların hangi tarihten itibaren kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme alınması gerektiği denetim raporunda belirtilir. Denetim raporunun müdürlükçe onaylanmasını müteakiben, ödeme yeni duruma göre yapılır ve şartların kaybedildiği tarihe göre yapılan fazla ödemeler geri alınır.

ç) Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, gezici sağlık hizmeti giderleri için, gezici sağlık hizmeti verilen her yüz kişi başına tavan ücretin binde on altısı oranında ödeme yapılır.

d) Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan veya geçici aile hekiminin ihtiyaç duyduğu tetkikler, müdürlüğün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılır. Bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini müdürlük temin eder.

(3) Birinci fıkrada sayılan ödemelerden (a) bendinde belirtilenlerden gelir vergisi ve damga vergisi, diğer bentlerde belirtilenlerden damga vergisi kesilir.

(4) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerinin kendilerinden kesilecek sosyal güvenlik prim veya kesenekleri, birinci fıkranın (a) bendinde belirtilen ödemeden düşülür.

Aile hekiminden yapılacak kesintiler

MADDE 18- (1) Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi veya geçici aile hekimi için 16 ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

- a) Aylık başarı oranı, % 98 - % 97 ise % 2'si,
- b) Aylık başarı oranı % 96 - % 95 ise % 4'ü,
- c) Aylık başarı oranı % 94 - % 90 ise % 6'sı,
- ç) Aylık başarı oranı % 89 - %85 ise % 8'i,
- d) Aylık başarı oranı, % 85'ten daha düşük olanlar için % 10'u,

esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemedan düşülür. Aşılama, gebe, bebek-çocuk takiplerinin hangi aralıklarda ne şekilde yapılacağı ve kesintilerin usûl ve esasları Bakanlıkça belirlenerek duyurulur.(29)

2.7.10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(11/03/2011 Tarih Ve 27871 Sayılı R.G.)

27.03.2011 tarihli ve 27871 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır. Bu Yönetmelikte 25/05/2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 3 üncü maddesi değiştirilmiştir. Buna göre aile sağlığı elemanı tanımını “acil tıp teknisyeni ”de dahil edilmiş ve Toplum Sağlığı Merkezinin görev tanımı ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir.

Madde 2; de “her bir yerleşim birimine haftada en az bir kez gezici sağlık hizmeti verileceği belirtilmiştir. “Daha önceki yönetmelikte gezici sağlık hizmeti” her 100 kişi için ayda üç saat den az olmamak koşuluyla aile hekimi tarafından gezici sağlık hizmeti verilir” şeklinde iken yeni yönetmelikte”100 kişi için en az iki saat den az olmamak koşulu şeklinde değiştirilmiş ve “750 kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir “ifadesi değişerek “her bir yerleşim birimine haftada en az bir kez gezici sağlık hizmeti verilir” şeklinde belirtilmiştir.

25/5/2010 tarih ve 27591 sayılı Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin beşinci fıkrası değiştirilerek, daha önceki yönetmelikte ”yerinde otopsi hizmetleri mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yürütülür” şeklinde belirtilen adli hizmetler için” yerinde otopsi hizmetleri, mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince, mesai saatleri dışında öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere aile hekimleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dahil edilebileceği icap nöbeti şeklinde sunulacağı” şeklinde belirtilmiştir.

Altıncı fıkra eklenerek; “ihtiyaç olması halinde beşinci fıkrada aile hekimleri için öngörülen çalışma şekil ve koşullarının aile sağlığı elemanları için de uygulanacağı belirtilmektedir. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tutulan nöbetler için aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet ücreti veya nöbet izni verilmeyeceği “belirtilmiştir.Bu ibare daha önceki yönetmelikte yoktur bu yönetmeliğe eklenmiştir.

Bu çalışmaların karşılığı olarak farklı katsayı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılır şeklinde belirtilmiştir. Madde 7 de Aile Hekimliği Birimi Gruplandırmalarında da değişiklikler olmuştur .Bu değişikliklere göre; 22.madde, “her aile hekimi için ilave bir ebe,hemşire,sağlık memuru veya tıbbi sekreterden birisi çalışmaktadır” ifadesi yerine” aile hekimi başına haftalık 10 saat olarak düzenlenmiş” ve bu meslek gruplarına “acil tıp teknisyeni” de eklenmiştir.Ayrıca 35.maddedeki “acil çağrı butonu eskisinde müşade odası ve tuvaletlerde istenirken”, yeni yönetmelikte sadece” tuvalette çalışır durumda acil çağrı butonu bulundurulmaktadır” ibaresi şeklindedir.(30)

2.7.11. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği(25/01/2013 Tarih Ve 28539 Sayılı R.G.)

En son 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu Yönetmeliğin amacı;

a)Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını,

b) Çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını,

c) Aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını,

ç) Aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları,

d) Eğitim aile sağlığı merkezinde veya biriminde görev yapan asistan/araştırma görevlisi, eğitici ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını,

e) Eğitim aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları,

f) Meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını,

g) Hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini,

ğ) Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini,

h) Kayıtların tutulmasını,

ı) Çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları, belirlemektir.(31)

Bu Yönetmelik 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Bu yönetmelikte geçen, kurum ifadesiyle Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, müdürlük ifadesiyle Halk Sağlığı Müdürlüğü belirtilmektedir.

Aile hekiminin yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini, ifade eder.

Aile hekimi çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar, hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir, kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir; Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir, periyodik sağlık muayenelerini yapar, kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar; Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.

Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak aile hekiminin görevleri arasındadır.

Sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak, kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek, gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak, entegre sağlık hizmetinin

sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak yine aile hekiminin görevleri arasındadır.

Her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek, hizmet içi eğitimlere katılmak, kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak aile hekiminin diğer görevleridir.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları :(1)Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.
- b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.
- c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.
- ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.
- d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.
- e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.
- f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.
- g) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.
- ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.
- h) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yurutulmesi :(1) Aile hekimligi pozisyonlarının planlanmasinda; sağlık hizmetine ulasimin zor olduğu belde, koy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerlesim yerleri icin gezici sağlık hizmeti; cezaevi, cocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtac cocukların barındığı cocuk yuvaları ve yetistirme yurtları gibi ozellik arz eden toplu yasama alanlarından olusan yerler icin ise yerinde sağlık hizmeti bolgeleri mudurlukce belirlenerek Kurumca onaylanır. Gezici sağlık hizmet bolgesi veya yerinde sağlık hizmet bolgesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapilmak istenen degisiklikler 6 aylık donemler halinde ilgili aile hekimlerinin de gorusleri alınmak suretiyle mudurlukce belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimi tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bolgesi degisiklikleri ise mudurlukce uygun bulunması durumunda, 6 aylık donem kisitlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan degisiklik tekliflerine iliskin karar Kurum tarafından en gec 1 ay icerisinde alınır.

(2) Cezaevi, cocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtac cocukların barındığı cocuk yuvaları ve yetistirme yurtları gibi kisilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine dogrudan basvuru imkanlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestce secme imkanının bulunmadığı toplu olarak yasılan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri uzerine bir ya da birden cok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yukumlú kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kisileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bolgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti icin asgari sartları saglamakla yukumlúdur. Bu yerlerde her 100 kisi icin ayda uc saatten az olmamak uzere; 750 kayıtlı kisiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve uzeri kayıtlı kisiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve cocuk ıslahevi icin bu sure iki kat olarak uygulanır.

(3) Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bolgelerdeki yerlesim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik araliklarla ulasmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine iliskin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulasım sartları ile kendisine bağlı yerlesim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerlesim yerine ulasmak amacıyla yolda geçen sureler hariç olmak uzere her 100 kisi icin ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerlesim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nufusu 250 kisiye kadar olan yerlesim yerlerine en az ayda bir kez,

250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.

(4) Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistik olarak aile hekimliği birimine müracaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu günler için planlama yapılır. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sözleşme döneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imknlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti sresinden sayılmaz.

(5) Gezici sağlık hizmetinin verildiği günlerde tek birimli aile sağlığı merkezinin hizmete açık tutulması sağlanır.

Bağışıklama hizmetleri : (1) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılar için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.

Aile hekimliği birimine kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin esaslar :(1)
Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz

önünde bulundurulur. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.

(2) Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayının adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, aile hekimi veya aile sağlığı elemanına şiddet uygulayan kişinin müdürlükçe mevcut aile hekiminden kaydı silinir. Bu şekilde kaydı silinen kişinin, aynı iş günü içerisinde yeni aile hekimi seçmemesi durumunda ikamet ettiği bölge göz önünde bulundurulmak suretiyle kayıtlı nüfusu en düşük aile hekimine müdürlükçe kaydı yapılır.

(3) İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırırlar. İkamet amacıyla yer değiştiren kişinin talepte bulunmaması halinde, 30 gün içerisinde toplum sağlığı merkezi tarafından kişiye ulaşılarak ve kendisine bilgi verilmek sureti ile yeni adresine yakın aile hekimlerinden nüfusu en düşük olanına kayıt edilir.

(4) Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan aile hekiminin listesine eklenir.

(5) Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.

(6) Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye’de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir olarak sağlık hizmeti alır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilir. Aile hekimi misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edemez.

Meslek ilkeleri Aile hekimi ve aile sağığı elemanı, sağık hizmetlerinin yürütölmesi esnasında Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve bağılı bulunan ilgili mevzuat hükümlerine ve hasta haklarına uymakla yükümlüdür.

Çalışma saatleri :

(1) Aile hekimleri ve aile sağığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar.

(2) Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından teklif edilir ve müdürlükçe uygun görölmesi halinde onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağığı merkezinin dış levhasının yakınında ve görölcek bir yerine asılarak kişilerin bilgilenmesi sağılanır.

(3) Aile hekimleri ve aile sağığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağılı kalınmaksızın çalıştırılabilirler.

(4) Entegre sağık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esastır. Ancak 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında aile hekimlerine ve aile sağığı elemanlarına nöbet görevi verilebilir.

Aile hekimliği çalışanlarına isteğı dışında nöbet tutturulabilmesi için;

a) Sağık tesisinin büyükşehir belediye sınırları dışında olması,

b) Sağık tesisinin personel dağılım cetveline (PDC) göre hekim doluluk oranının ve fiilen çalışan hekimlerin %60'tan aşağı olması,

c) Sağık tesisinin ebe, hemşire, sağık memuru (toplum sağığı) ve acil tıp teknisyeni kadrolarında PDC 'ye göre bu unvanlarda fiilen çalışan personelin doluluk oranlarının %60'ın altında olması,

ç) İldeki hastaneler ve 112 acil sağık hizmetlerindeki hekim ve yardımcı sağık personelinin PDC' ye göre doluluk oranlarının ve fiilen bu unvanlarda çalışan personelin %80'in altında olması, şartlarının bir arada bulunması gerekir. Aile hekimliği çalışanlarına görev yaptıkları mahalli mülki sınırlardaki sağık tesislerinde nöbet görevi verilebilir. Beldelerde çalışanlar ancak bağılı olduğu ilçe merkezinde nöbet tutabilirler.

Nöbet tutulacak sağlık tesisinde hastane yöneticisi ve başhekim hariç diğer tüm personelin (başhekim yardımcısı, uzman hekimler, diyaliz hekimleri, kan bankası hekimleri ve benzerleri) nöbet listesine dâhil edilmesine rağmen ihtiyacın devam etmesi durumunda nöbet görevi verilebilir. Tek aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezindeki aile hekimliği çalışanlarına nöbet görevi verilemez. Nöbetlere ilişkin planlama aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılır ve hafta içi sekizer saat, hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler için ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödenir. PDC doluluk oranı değerlendirilmesine, hastane yöneticisi ve başhekim hariç diğer tüm personel (başhekim yardımcısı, uzman hekimler, diyaliz hekimleri, kan bankası hekimleri ve benzerleri) dâhil edilir.

(5) Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde ölü muayenesi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde ölü muayenesi hizmetleri, mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince, mesai saatleri dışında öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere aile hekimleri ve kamu hastaneleri dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dâhil edilebileceği icap nöbeti şeklinde sunulur. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile adli tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.

a) Hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki adli tıbbi hizmetler ile acil sağlık hizmetleri mesai saatleri dışında ilçedeki toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerince icap veya aktif nöbet şeklinde yürütülür. İlçe merkezindeki toplam hekim sayısı altı veya daha az ise icap, altıdan fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür.

b) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde toplam hekim sayısı altı ve altıdan az ise mesai saatleri dışındaki adli tıbbi hizmetler ve acil sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezde çalışan hekimler ve aile hekimleri tarafından münavebeli olarak icap nöbeti şeklinde, toplam hekim sayısı altıdan fazla ise münavebeli olarak aktif nöbet şeklinde yürütülür.

c) Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde aile hekimi sayısı birden fazla ise, müdürlük hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini güne yayarak düzenler.

(6) İhtiyaç olması halinde beşinci fıkrada aile hekimleri için öngörülen çalışma şekil ve koşulları aile sağlığı elemanları için de uygulanır. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tutulan nöbetler için aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez. Bu çalışmaların karşılığı olarak farklı katsayı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılabilir.

İzinler :(1) Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları; yıllık, mazeret ve hastalık izinlerini 24/12/2010 tarihli ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde kullanırlar.

(2) Sözleşmeli olmayan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, aile hekimliği hizmeti verdikleri müddetçe, izinler bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tâbidir.

Göreve başlayış ve ayrılış :(1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için kadrosunun bulunduğu kurumun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder.

(2) Sözleşmeli personel statüsünde görev yapmaktayken aile hekimliği veya aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalayanlar aile hekimliği hizmetinden ayrılmaları halinde, Kanunun 3 üncü maddesine göre eski görev yerlerinde bir pozisyona dönerler.

(3) Bakanlık ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel, sözleşmesinin herhangi bir suretle sona ermesi halinde kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri döner. Ancak kadrosunun bulunduğu birimin aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde bu birimin aktarıldığı toplum sağlığı merkezine atanır ve bunların memuriyet görevine başlamasından itibaren 30 gün içinde kendisinin talep etmesi ve müdürlüğün de uygun görmesi ile bir defaya mahsus olmak üzere aynı il içinde personel dağılım

cetvelinde açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan kadrolardan birine yer değiştirme suretiyle ataması yapılabilir.

(4) Sözleşmeli olarak aile hekimliği hizmetinin sürdürülmesi Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeye veya farklı görevler için başvurmaya engel değildir

Performans değerlendirmesi: (1) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.

(2) Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

Hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi :(1) Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur.

(2) Hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı; Kurumca belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az %80 ine devam etmekle yükümlüdür.

Sözleşmeli aile hekimleri :(1) İl genelinde aile hekimliği pozisyonunun boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda en geç bir ay içinde, sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri aşağıdaki sıralamaya göre yerleştirilir.

a) Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan aile hekimleri: bu grupta bulunan aile hekimlerine askerlik veya doğum sonrası kamu görevine başlama tarihine göre öncelik verilir. Kamu görevlisi olmayan hekimler için ise müdürlüğe başvuru tarihine göre öncelik verilir.

b) Yerleştirme sırasında aile sağlığı merkezinde uzman aile hekimliği kontenjanı var ise; o pozisyonu önce o ilde aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları, daha sonra ildeki diğer aile hekimliği uzmanları.

c) Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar, (a) bendindeki bir defalık tercih hakkını kullanmayan aile hekimleri, yargı kararının uygulanması nedeniyle sözleşmesi feshedilen aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği kapsamında mazeret nedeni ile naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olanlar.

ç) Varsa yedek liste: İlk yerleştirme esnasında yedek listeye giren hekimler müteakip yerleştirmede sıra kendilerine gelmesine rağmen yerleşmezler ise yedek listeden çıkarılırlar.

d) İl içindeki tabip ve uzman tabipler.

(2) Aile hekimliği yerleştirmeleri il bazında yapılır. İldeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar. Yerleştirmeler bentlere göre ve bentler içerisinde de (a) bendi hariç en yüksek hizmet puanından başlamak üzere tercihlere göre yapılır.

(3) Aile hekimliği uzmanlarının, grup çalışmasının sağlanması, uzmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişilerin hizmet unsurlarından dengeli bir şekilde yararlanabilmeleri için her aile sağlığı merkezinden bir pozisyonu tercih ederek yerleşme hakları vardır. Bu hak birinci fıkranın (b) bendindeki yerleştirmeler için uygulanır. Bununla birlikte dört (dahil) - altı (dahil) birim planlanmış aile sağlığı merkezlerinde ikinci bir aile hekimliği uzmanı, yedi ve üzerinde birim bulunan aile sağlığı merkezlerinde ise her üç birim için bir aile hekimliği uzmanı daha o pozisyonlardan birini tercih ederek yerleşebilir. Aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği uzmanı kontenjanı dolan bir aile sağlığı merkezine ancak durumuna uygun birinci fıkranın (c) veya (d) bentlerinden ve hizmet puanları sıralamasına göre yerleşebilir.

(4) Yerleştirme yapılırken, Kurumun ve müdürlüğün internet sayfası üzerinden en az beş gün süreyle boş pozisyonun ilanı yapılır ve başvuranların belirlenen yer, gün ve saatte yerleştirme toplantısında hazır bulunmaları duyurulur. Yerleştirmenin yapılacağı ilde halen sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapan personelin boş pozisyonları tercih etmesi halinde bu personelin boşalttığı pozisyonlar ile birlikte bütün yerleştirme işlemleri tek oturumda tamamlanır. Bu işlemler ilanda duyurulan gün ve saatte elektronik ortamda da yapılabilir.

(5) Aile hekimliği pozisyonunda göreve başlayan sözleşmeli aile hekimi, bu pozisyonda fiilen bir yıl çalışmadan başka bir aile hekimliği pozisyonuna nakil talebinde bulunamaz. Bir yıllık fiilen çalışma süresinin hesaplanmasında, hafta sonu, resmi tatil günleri ve yıllık izin kullanılan günler fiili çalışmadan sayılır. Ancak mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise fiili çalışmadan sayılmaz.

(6) Mnhal aile hekimliği pozisyonlarından, birinci fıkra çerçevesinde iki yerleştirme işlemi neticesinde yerleştirme yapılamamış pozisyonlara, Kurum tarafından ilan edilmek suretiyle, diğer illerde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışanlar arasından yılda asgari üç kez olmak üzere yerleştirme yapılır. Bu pozisyonlara yerleşmek isteyenler, tercih yaparak müracaatta bulunur. Kurum tercih sırasına bakmaksızın aşağıdaki öncelik sıralamasına uymak kaydıyla hizmet puanına göre yerleştirme işlemini tamamlar. Hizmet puanlarının eşit olması hâlinde tercih sıralamasına bakılır. Tercih sıralamasının aynı olması durumunda ise toplam sözleşmeli aile hekimliği süresi fazla olan öncelikli olarak yerleştirilir. Yerleştirme işlemini müteakip 15 gün içerisinde yeni pozisyonlarda başlayış yapılır. İl dışından yerleştirmeye açılan aile hekimliği pozisyonlarında sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri aşağıdaki sıralamaya göre yerleştirilir.

a) İl dışından yerleştirmeye açılan aile sağlığı merkezinde uzman aile hekimliği kontenjanı var ise; pozisyonun bulunduğu il dışında aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları.

b) Mnhal pozisyonun bulunduğu ilin dışında sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar.

(7) Bu madde çerçevesinde yerleştirme işlemi yapılmasına rağmen aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde valilik kamu görevlisi olmayan tabip ve uzman tabiplerden aile hekimi olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan sayıyı belirleyerek Kurumdan talepte bulunur. Bakanlığın nerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları taşıyıp kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin başvuruları alınır ve prim ödenmek suretiyle kamu sektörü dışında çalıştıkları sreler de dâhil edilerek hizmet puanları hesaplanır. Bu hizmet puanı sadece aile hekimliği yerleştirme ve nakillerinde geçerlidir. Kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin öncelik ve yerleştirilmeleri birinci fıkranın (b) ve (d) bendine göre yapılır.

(8) Bu maddedeki yerleştirmeye ilişkin diğer usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

Sözleşmeli aile sağlığı elemanları :(1) Ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kendilerinin talebi ve Bakanlık veya ilgili kurumlarının muvafakati ile aşağıdaki öncelik ve şartlar gözetilmek suretiyle istihdam edilerek aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalarlar.

a) Aile hekimince talep edilen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurları (toplum sağlığı) ile aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalanabilmesi için, aile sağlığı elemanı adayının kadro veya pozisyonunun görev yapmak istediği aile hekimliği biriminin bulunduğu ilde olması şarttır.

b) Bakanlık ve bağlı kuruluşları kadro ve pozisyonlarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (A) bendi kapsamında ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlardan “A” hizmet grubu illerde görev yapanlar üst hizmet bölgesinden alt hizmet bölgesine olmak kaydıyla aile hekimi ile anlaşmaları durumunda anlaştıkları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadro ve pozisyonlarında ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlar ise aile hekimi ile anlaşmaları durumunda kurumlarının muvafakati sonrası anlaştıkları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar.

c) Kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurlarının (toplum sağlığı) yerleştirilmesi; ilde aile sağlığı elemanı pozisyonlarının doldurulamaması halinde Valilik aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan yerleri ve sayıyı belirleyerek Kurumdan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları taşıyıp pozisyona yerleşme tarihi itibari ile altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurlarından (toplum sağlığı) aile hekimi ile anlaşanlar anlaştıkları pozisyon için aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalarlar.

(2) Aile sağlığı elemanı sözleşme imzaladığı aile hekimliği birimindeki aile hekiminin görevinden ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda sözleşme döneminin

bitimine kadar o pozisyonda görevine devam edebilir. Bu durumda sözleşmesini feshetmek isterse bir yıl beklemeden yeni sözleşme imzalayabilir.

(3) Üç ay içinde aile hekimi sözleşme imzalayacak bir aile sağlığı elemanı bulamaz ise aile hekiminin talebi üzerine valilik, sözleşme imzalamak isteyen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) ile o pozisyon için sözleşme imzalayabilir.

Görevlendirme :(1) İldeki boş aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde, görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça altı ayı geçemez.

Naklen atama ayrıntıları :(1) Aile hekimi olarak sözleşme imzalayan personel, sözleşmeli olarak görev yaptığı il dışında başka bir ilde ilan edilmiş münhal aile hekimliği pozisyonlarına 15 inci maddedeki usul ve esaslar çerçevesinde başvurarak yerleşebilir. Bu durumda, personelin kadrosu bağlı bulunduğu Kurum tarafından aile hekimi olarak yerleştiği ve yeni sözleşme imzaladığı ilde münhal kadronun mevcut olduğu birime aktarılır. Bu şekilde yapılacak naklen atama işlemleri, atama dönemine ve kur' aya tabi olmaksızın, Personel Dağılım Cetvelinde boş yer bulunmaması halinde standart dikkate alınarak gerçekleştirilir. Aile hekiminin yeni yerleştiği aile hekimliği pozisyonda fiilen bir sözleşme dönemi görev yapmadan sözleşmesinin sona ermesi durumunda, eski görev yerine, eski görev yerinde Personel Dağılım Cetveline göre boş yer bulunmaması halinde eski görev yeri esas alınarak, Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin 26 ncı maddesi hükümlerine göre naklen ataması yapılır.

Atama ve nakillere ilişkin sair hususlar :(1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanın bu Yönetmelikte düzenlenen hükümler dışında özür durumu gibi farklı nedenlerle naklen ataması yapılamaz. Bu konumdaki personel memur olarak görev yaparken sözleşmeli statüye geçmiş ise, memuriyete tekrar dönmeden tayin talebinde bulunabilir veya bu Yönetmelikteki düzenlemeye göre sıralamaya girebilir.

(2) Sözleşmeli aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kadroları ile ilişkisi devam ettirilerek her yıl düzenli olarak kadro ve derece ilerlemeleri ile intibakları yapılarak kayıtlara işlenir.

(3) Aile hekimliği uygulaması kapsamındaki atama ve nakillerle ilgili olarak bu Yönetmelikte hüküm bulunmayan hallerde Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasına devam edilir.

Aile hekimi/aile sağlığı elemanı pozisyonlarının tespiti :(1) Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir. İdari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir. Bölgedeki nüfus hareketleri ve hizmet ihtiyacındaki değişiklikler göz önüne alınarak valiliğin teklifi ve Kurumun onayı ile yeni aile hekimliği birimleri açılabilir veya kapatılabilir. Kurum onayı alındıktan sonra pozisyonlar bir ay içerisinde ilan edilir.

(2) Kuruma bağlı olup entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerin bulunduğu ilçe merkezlerindeki bütün aile hekimliği birimleri bu merkezlerin bünyesinde açılır.

(3) Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı aile hekimine/hekimlerine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(4) Aile sağlığı elemanları, bu Yönetmeliğin 16 ncı maddesi çerçevesinde aile hekimlerince belirlenir ve zorunlu sebepler hariç, sözleşme imzalanmadan en az bir ay önce müdürlüğe bildirilir.

Eğitim: (1) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur. İkinci aşama eğitimi ise uzaktan eğitim tarzında yapılacak şekilde planlanarak birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlar ve süresi en az on iki aydır. Bu eğitimlerde Kurumun belirlediği kriterlere göre başarılı olmak esastır.

(2) Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu madde kapsamında alınması öngörölen her eğitim süresinin en az % 80 ine devam etmek zorundadırlar.

Aile sağlığı merkezi

(1) Aile sağlığı merkezi, Kurum tarafından öngörölen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.

(2) Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.

(3) Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.

(4) Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

(5) Eğitim aile sağlığı merkezleri ve Kurum tarafından uygun görölen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları

(1) Aile sağlığı merkezlerinde aşadı belirtilen asgari fiziki şartlar aranır.

a) Binanın kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanının tek aile hekimi için 60 metrekare olması gerekir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

b) Bekleme ve danışma bölümü bulunur. Bir hekim için bekleme alanında en az 5, daha sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuğunun kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olması; ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa oturma ve yaslanılan alanların bir döşeme malzemesi ile kaplanmış olması gerekir. Bekleme alanında Kurumca gönderilen güncel afiş ve broşürler düzenlenmiş panoda asılı olarak

bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının dilek ve önerilerini kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları bulundurulur.

c) Muayene odasının, her aile hekimi için en az 10 metrekare olması gerekir. Muayene odasında lavabo bulunur.

ç) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

d) Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunur.

e) Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, bütün aile hekimliği birimlerince de kullanılabilecek mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme alanı veya odası bulunur.

f) Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil çağrı butonu bulundurulur.

g) Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Engelli ve yaşlı vatandaşların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.

ğ) Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 °C arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 °C olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.

h) Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamirâtı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir.

ı) Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekir.

(2) Kullanım ömrünü tamamlamış veya ihtiyaç fazlası olan malzemeler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz.

(3) Bakanlığa tahsisli bulunan ve Kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış müstakil bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir.

(4) Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı

(1) Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemenin faal olarak bulundurulması zorunludur.

- a) Steteskop. b) Tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy).
- c) Otoskop. ç) Oftalmoskop. d) Termometre. e) Işık kaynağı.
- f) Dil basacağı. g) Paravan, perde ve benzerleri. ğ) Muayene masası.
- h) Refleks çekici. ı) Mezura. i) Fetal el doppleri. j) Aşı nakil kabı.
- k) Snellen eşeli. l) Diapozon seti. m) Tartı aleti (bebek, erişkin boy).
- n) Boy ölçer (bebek, erişkin boy). o) Pansuman seti.
- ö) Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri p) Keskin atık kabı.
- r) Acil seti; acil müdahale setinde asgari aşağıda belirtilen malzemeler bulunur.
- 1) Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
- 2) Ambu ve maske (çocuk ve erişkin boy),
- 3) Oksijen hortumu ve maskeleri,
- 4) Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin için),
- 5) Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),
- 6) Enjektörler (2, 5,10 cc ebatlarında her bir ebattan asgari beş adet),
- 7) Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske ve benzerleri.).
- s) Defibrilatör. ş) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir).

t) Seyyar lamba u) Buzdolabı (sadece aşılar ve antiserumlar için).

ü) Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet termometre (Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde Kurumca değiştirilebilir.). v) Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu.

y) İlaçların miat ve stoklarının listesi (elektronik ortamda takip edilir.).

z) Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti.

aa) İlâç ve malzeme dolabı. bb) Sterilizatör. cc) EKG cihazı.

çç) Tromel. dd) Glikometre. ee) Tekerlekli sandalye. ff) Nebülizatör.

gg) Santrifüj cihazı. ğğ) Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı.

hh) Küçük cerrahi seti; asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı, stapler (dört hekime kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set).

ıı) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar.

ii) Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilâçlar, aşılar ve antiserumlar.

(2) Birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, bu maddenin birinci fıkrasındaki tıbbi cihaz ve malzemelerden (a)'dan (k) bendine kadar (k bendi dahil) olanlar her aile hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.

(3) Bakanlıkça ve Kurumca özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri ile ilgili asgari şartlara uyulur.

(4) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak aile hekimleri tarafından temin edilir.

(5) Aile hekimleri, aile sağlığı merkezinde yangına karşı alınması gereken tedbirleri alır, tıbbi atıklar ve çöpler için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirleri alır.

(6) Aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkılarının tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimleri, fiziki şartlar ve donanım aısından değerlendirilir.

Aile sağlığı merkezinin oluşturulması

(1) Aile hekimleri, öncelikle bu Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.

(2) Merkezin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.

(3) Aile hekimi birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise aile sağlığı merkezi müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki yerde kurulur. Bu yerin seçiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde ulaşım zorluğu, güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.

(4) Aile sağlığı merkezlerinin adres değişiklikleri, çalışma bölgesi içinde olmak kaydı ile bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak, aile hekimlerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve valiliğın onayı ile yapılır. Bu değişiklik 5 gün içerisinde Kuruma bildirilir.

(5) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile bir veya daha fazla aile sağlığı merkezi eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir.

(6) Eczane bulunan binalarda aile sağlığı merkezi açılmaz.

(7) Aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

Aile sağlığı merkezinin işletilmesi

(1) Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini müdürlüğe bildirirler. Yönetici seçimi zorunlu haller dışında yılda bir kez yapılır. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir. Yöneticinin diğer aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz.

Tetkik ve tahlil işlemleri

Teşhis ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğü bir laboratuvarda yaptırılır. Bu laboratuvarların seçiminde i ve dış kalite kontrol programlarının uygulanıyor olması dikkate alınır

Sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesi :

(1) Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek grlmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.

(2) Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.

(3) Gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulaması, doğum ve bildirimi zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirimi yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.

(4) Birinci basamakta resmî reçete yazılması ve kişilerin sağlık durumuyla ilgili rapor tanziminde aile hekimi yetkilidir. Ancak olağanüstü durumlar, acil durumlar ile toplum sağlığını tehdit eden ve koruyucu amaçlı ilaç kullanımını (kemoproflaksi)

gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde özel durum belirtilmek suretiyle toplum sağlığı merkezi hekimleri de resmî reçete düzenleyebilirler. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

(5) Ölüm belgesi, 19/1/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenerek ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

(6) Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

(7) Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimince düzenlenen bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.

Yetkilendirilmiş aile hekimleri :

(1) Kurum dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti verilebilir. Bu kurumlarda Kurumun öngördüğü eğitimleri almaları şartı ile herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine, valiliğin uygun görüşü ve Kurumun onayı ile kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, aile hekimliği yetkisi verilir. Kurumlar bu Yönetmelikteki fiziki şartları ve teknik donanımı sağlamakla yükümlüdür. Yetkilendirilmiş aile hekimleri Kurum tarafından belirlenen hizmete özel sözleşmeyle göreve başlatılırlar. Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekiminin yaptığı iş ve işlemleri yapmakla yükümlüdür. Yetkilendirilmiş aile hekimine de kişi kaydı yapılır.

(2) Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekimliği görevi dışında kalan hususlarda kendi mevzuat hükümlerine tabidir.

(3) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarına ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerine kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine yetkilendirilmiş aile hekimliği yetkisi verilir. Bu birimlerde görev yapan öğretim elemanları kendi görev ve sorumluluk alanları dışında da kişi kaydı yapabilirler.

(4) Yetkilendirilmiş aile hekiminden hizmet alanların aile hekimi seçme hakkı saklıdır.

(5) Aile hekimliği yetkisi verilmemiş olanlar, kurum ve işyerlerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli ilk müdahaleyi yapar ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek en kısa süre içerisinde aile hekimini bilgilendirir. Sevk, reçete ve rapor gerektiren acil hallerde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte aile hekimine gönderir. Bu kişilerin aile hekimlerince takip edilmesi zorunludur

Tutulacak kayıtlar

(1) Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğindedir.

(2) Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, kodları ile birlikte konulan teşhisler, reçete içeriği, aşılama, gebe ve lohusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Kurum tarafından belirlenen benzeri veriler evrak kayıt kriterlerine göre belirli aralıklarla düzenli olarak basılı veya elektronik ortamda Kuruma bildirilir.

(3) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kendileri ile ilgili kayıtları müdürlükte tutulur.

Kayıtların tutulma şekli ve muhafazası

(1) Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır.

(2) Denetim sırasında talep edilmesi halinde, aile hekimi hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır.

(3) Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını aile hekiminden talep edebilir.

(4) Aile hekimlerinin, lisans hakları Bakanlığa ait olan veya Bakanlıkça belirlenip ilan edilen, standartlara haiz bir aile hekimliği bilgi sistemi yazılımı kullanmaları şarttır.

(5) Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.

(6) Herhangi bir vatandaşa ait kişisel veriler ile kişisel sağlık verileri, müdürlük ya da Bakanlık ve Kurum haricindeki herhangi bir kayıt ortamında yüklenici firma tarafından kaydedilemez. Bu durumun tespiti halinde bu yazılımın kullanımı iptal edilir.

(7) Aile hekimliği bilgi sistemi ekranlarında hiçbir surette kişi, ürün ya da hizmet reklamına yer verilemez, hiçbir ürün ya da hizmetin satışı ve satışını teşvik edici yönlendirmeler yapılamaz.

Kayıtların devri

(1) Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devreder. Devir teslimin yapılamadığı durumlarda ayrılacak olan aile hekimi bu verileri bölgesindeki toplum sağlığı merkezine teslim eder. Ayrılan aile hekiminin hiçbir şekilde verileri devredemediği hallerde toplum sağlığı merkezi gerekli verileri temin ederek sorumlu olacak aile hekimine verir ve devir teslimi yapmayan aile hekimi ile ilgili tutanak tutarak müdürlüğe bildirir.

Denetim

Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Kurum, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Bu denetimler Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.

Eğitim aile sağlığı merkezi ve eğitim aile hekimliği birimi

(1) Aile hekimliği saha eğitimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu veya Üniversite Rektörlükleri ile Kurum arasında sözleşme yapılarak öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle eğitim kurumları tarafından eğitim aile sağlığı merkezi veya eğitim aile hekimliği birimi açılabilir. Bunların açılacağı yer, eğitim kurumunun talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile belirlenir. Birim sayıları her bir asistan sayısı esas alınarak belirlenir

ve Kurumca onaylanır. Eğitim kurumunda asistan sayısının fazla olması halinde, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile aynı eğitim kurumuna bağlı birden fazla eğitim aile sağlığı merkezi açabilir.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezinde; eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören bir veya birden fazla asistan tarafından aile hekimliği hizmeti verilir. Asistanların rotasyon süreleri Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kararlarına göre belirlenir.

(3) Eğitim aile sağlığı merkezindeki asistan ve aile sağlığı elemanı ile ayrıca sözleşme yapılmaz.

(4) Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır.

(5) Boşalan veya yeni açılacak aile hekimliği birimleri eğitim kurumunun talebi üzerine yerleştirme esasları dikkate alınmaksızın asgari altı aydan önce asistanın birimden ayrılmayacağı taahhüdü ile birlikte eğitim aile hekimliği birimi olarak birinci fıkradaki usule göre eğitim kurumlarına tahsis edilebilir.

(6) Eğitim aile sağlığı merkezinin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.

(7) Eğitim aile hekimliği birimleri çalışma bölgesi içinde olmak kaydıyla bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak eğitim kurumunun teklifi, müdürlüğün uygun görüşü ve valiliğin onayı ile hizmet için verilen mekân değiştirebilirler. Bu değişiklik 5 iş günü içerisinde Kuruma bildirilir. Eğitim aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

(8) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde yapılan eğitimlerin hizmette aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir.

Eğitim aile sağlığı merkezinin işletilmesi

(1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen aile hekimliği hizmetleri, eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda verilir. Eğitici, eğitim aile sağlığı merkezinin işletilmesinden kurumu ile birlikte birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir.

Eğitim aile sağlığı merkezinin fiziki şartları ve teknik donanımı

(1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği birimi bu Yönetmelikteki diğer aile sağlığı merkezleri için öngörülen fiziki şartlar ve teknik donanımlara ilişkin hükümlere tabidir.

(2) Asistanlarının eğitim ihtiyaçları için eğitim salonu/asistan odası, eğitici odası, eğitim laboratuvar odası eğitim kurumunca sağlanır.

(3) Eğitim aile sağlığı merkezinin, eğitim kurumunun kampüs alanı dışında planlanması durumunda eğitim laboratuvar odası, eğitim ihtiyaçları için mikroskop, lam, lamel, santrifüj cihazı ve benzeri malzemeler bulundurulur.

Çalışma saatleri, izin ve denetim

(1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde görev yapan asistan, eğitici ve aile sağlığı elemanları izinler, disiplin işlemleri ve kazanç getirici faaliyet yasağı bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tabidirler.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde eğitim kurumu tarafından eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilen personel tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak eğitim kurumu tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır.

Tetkik ve tahlil işlemleri

(1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde kayıtlı kişiler için gereken tetkik, teşhis ve görüntüleme hizmetleri eğitim kurumunca verilir. Eğitim aile sağlığı merkezlerinde laboratuvar hizmetinin verilmesi zorunlu olup müstakil olarak

hizmet verilen eğitim aile sağlığı merkezlerinde görüntüleme hizmeti de verilebilir. Eğitim kurumunun talebi halinde bu hizmetler müdürlük aracılığı ile de temin edilebilir.

Diğer hususlar

(1) Eğitici ve asistanlar, bu Yönetmelikteki aile hekimlerinin, eğitim kurumunca görevlendirilen aile sağlığı elemanları ise bu Yönetmelikteki aile sağlığı elemanlarının, yetkilerine sahip olup görev ve sorumlulukları ile yükümlüdürler.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezlerinde eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanlarının göreve başlayışları ve ayrılışları eğitim kurumu sorumluluğunda yapılır. Personel hareketleri bir ay öncesinden Kuruma bildirilir.

(3) Eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanları; hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için Kurumca belirlenen birinci aşama eğitiminden muaftır.(31)

Aile Sağlığı Merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması Tablo 2.1’de görülmektedir.

Tablo 2-1 : Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması

	STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
1	Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.			+	+	
2	Muayene odası asgari 14 m ² 'dir.				+	
3	Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+	
4	Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+	
5	Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).		+	+	+	*
6	Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda			+	+	*

	oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır).					
7	Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır.			+	+	
8	Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.				+	
9	Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.				+	
10	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+	
11	Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+	
12	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 11 nci satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.				+	
13	Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmaktadır.			+	+	
14	Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.				+	
15	Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
16	Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.				+	

(*) Tek hekimin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde 5 ve 6 ncı satırda belirtilen odalar birlikte kullanılabilir.(31)

25/5/2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.(31)

2.7.12. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge(26/01/2010 Tarih Ve 2365 Sayılı R.G.)

Toplum Sağlığı Merkezlerinin kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge 26.01.2010 tarih ve 2365 sayı ile yayımlanmıştır. Bu Yönergenin amacı, aile hekimliği uygulamasının yürütüldüğü illerde kurulacak toplum sağlığı merkezlerinin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usul ve esaslarını belirlemektir.(32)

Kapsam: Bu Yönerge aile hekimliği uygulaması bulunan illerdeki toplum sağlığı merkezlerinin tiplerinin, fiziki yapısının, personel kadro ve görevlerinin düzenlenmesi, idari görevlerinin yürütülmesi; toplumla ilişkili hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, gerektiğinde adli tıp hizmetleri, okul sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, acil sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, laboratuvar hizmetleri gibi hizmetlerin sunumu ve gerekli kurumlarla işbirliği içinde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden herkesin en iyi şekilde yararlanması için bölgedeki nüfusun sağlık düzeyini yükseltici planların yapılması ve bu hizmetlerin yapılmasına destek verilmesini içeren hizmetler ile bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşları kapsar.

Hukukî dayanak: Bu Yönerge, 09/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı Kanun’un 8 inci maddesine istinaden çıkarılan, 25/05/2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile 14/12/1983 tarih ve 18251 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulma Usul ve Esasları

Açılma ve kapatılması: (1) Her ilçede ve 10.07.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Sorumluluk alanları, kuruldukları ilçenin mülki idare sınırlarıdır. Toplum sağlığı merkezleri nüfusa göre; 20.000 nüfusa kadar “D” tipi, 20.001 - 50.000 nüfusa kadar “C” tipi 50.001 - 100.000 nüfusa kadar “B” tipi ve 100.001 nüfusun üzerinde “A” tipi olarak sınıflandırılır.

(2) Toplum sağlığı merkezleri aşağıdaki kriterlere göre valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile hizmete açılır veya kapatılır.

Toplum sağlığı merkezi:

- a) Merkez binanın il veya ilçe merkezinde olması,
- b) Bölgenin coğrafyası ve nüfus yapısı,
- c) Sağlık alt yapısı,
- ç) Sağlık göstergeleri,
- d) Bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi,
- e) Turizm ve sanayi bölgesi mevcudiyeti gibi durumlar değerlendirilerek açılmasına, tipine veya kapatılmasına karar verilir.

(3) Toplum sağlığı merkezi kişilerin kolay ulaşabileceği merkezi yerlerde, verdiği hizmetlere yetecek büyüklükte olan bina veya binalarda hizmete açılır. Öncelikle uygun kamu binaları kullanılır. Buralarda yeterli sayıda oda, eğitim salonu ile araç, gereç, tıbbi donanım, büro malzemeleri ve sarf malzemeleri bulundurulur.

(4) Verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları ve benzeri toplum sağlığı merkezi birimleri farklı binalarda hizmet verebilirler.

Personel yapısı: (1) Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapacak personelin niteliği ve sayısı “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği” ne göre belirlenir.

(2) Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimliğine müdürlüğün teklifi valiliğın onayı ile aşağıdaki kişiler arasından görevlendirme yapılır:

- a) Halk sağlığı uzmanı ya da epidemiyoloji uzmanı hekimler,
- b) Halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında doktora yapmış olan hekimler,
- c) Halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında yüksek lisans yapmış olan hekimler,
- ç) Yönetimle ilgili alanlarda doktora ya da yüksek lisans yapmış olan hekimler,
- d) Bakanlıkça onaylanmış toplum sağlığı ile ilgili alanlarda sertifikalı eğitim alan hekimler öncelikli olmak üzere diğerk hekimler.

Görevlendirmede öncelik sırasına göre yukarıdaki sıralamaya uyulur. Görevlendirmede yukarıdaki sıralama işlemi öncelikle A tipi toplum sağlığı merkezlerinden başlanarak uygulanır.

(3) İlçelerdeki toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimi aynı zamanda sağlık grup başkanıdır.

(4) Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma savaş dispanserleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşları ile halk sağlığı laboratuvarları müdürlüğün uygun göreceği toplum sağlığı merkezine bağlı birer birim olarak görev yaparlar. Kanser erken teşhis ve tarama merkezleri kendi mevzuatlarına göre hizmetlerine devam eder.

(5) Entegre ilçe hastanelerinin bulunduğu ilçelerde hastane başhekimisi aynı zamanda toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimliği ve grup başkanlığı görevini beraberce yürütür. Bu tip ilçelerde toplum sağlığı merkezi hastane bünyesi içinde yer alır.

Eğitim: (1) Toplum sağlığı merkezi personeli, görevlerine yönelik olarak Bakanlığın öngördüğü eğitimlere tabi tutulurlar. Bu eğitimlerin en az % 80'ine katılmak zorunludur. Eğitimlerin süresi, içeriği ve eğitimle ilgili diğer hususlar Bakanlık tarafından belirlenir.

(2) Toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülür. Birinci aşama uyum eğitim programı en az beş gündür. Halk sağlığı ve epidemiyoloji uzmanlarının, halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında doktora veya yüksek lisans yapmış hekimlerin bu eğitimlere katılması zorunlu değildir.

(3) Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimi olarak görevlendirilenler birinci aşama uyum eğitimini sorumlu hekim olarak görevlendirildikleri tarihten itibaren 6 ay, ikinci aşama eğitimleri ise Bakanlığın öngördüğü süre içinde başarıyla tamamlamak zorundadırlar. Bu eğitimleri başarıyla tamamlayamayan sorumlu hekimlerin sorumlu hekimlik görevlendirmeleri iptal edilir. Görevlendirmesi iptal edilen hekimler bu eğitimleri başarıyla tamamlamadıkça tekrar sorumlu hekim olarak görevlendirilemezler.

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları

Görev ve yetkileri: Bölgesinde sağlık hizmetlerini yürütür. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde

diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumludur. Bunun için aşağıda sayılan hizmetleri sunar veya sunulmasını sağlar.

- a) İdari ve mali işler b) Kayıt ve istatistik c) Plan ve program yapma
- ç) Üniversitelerle işbirliği d) İzleme ve değerlendirme
- e) Bulaşıcı hastalıkların kontrolü f) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
- g) Üreme sağlığı hizmetleri ğ) Ulusal programlar h) Adli tıp hizmetleri
- ı) Acil sağlık hizmetleri i) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
- j) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri k) Çevre sağlığı hizmetleri
- l) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri m) Afet hizmetleri
- n) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki o) Sağlık eğitimi hizmetleri
- ö) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri p) Sosyal hizmet çalışmaları
- r) Diğer görevler

İdari ve mali işler: Bakanlıktan veya diğer kurumlardan gelen genelgeleri ve talimatları bölgesindeki aile sağlığı merkezlerine ulaştırır. Demirbaş kayıtlarının tutulmasını ve denetlemesini yapar. Döner sermaye işlemlerinin yürütülmesinde müdürlükçe kendisine verilen görevleri yapar. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının göreve başlama veya ilişik kesme, personelin izinli olduğu durumlarda diğer personelin görevlendirilmesi işlerini ve yazışmalarını yürütür. Aile hekimlerinin çalışma saatlerine uyumunu ve çalışmalarını izler, değerlendirir. Müdürlükteki şubelerin sahadaki uygulamalarında görev alır.

Kayıt ve istatistik: (1) Bakanlığın belirlemiş olduğu ulusal sağlık veri sözlüğüne uygun olarak, yürütülen hizmetlerin kayıt ve istatistiklerini elektronik veya basılı ortamda tutar. Topladığı verileri müdürlüğe zamanında iletir.

(2) Aile hekimini değiştirmek isteyen ya da bir aile hekimine yeni kayıt olmak isteyen bireylerin başvurularını kabul eder ve bu taleplerin mevzuata uygun olması durumunda gerekli değişikliği yaparak müdürlüğe bildirir.

(3) Aile hekiminin, görevinden ayrılması veya kişinin aile hekimini değiştirmesi halinde aile hekimince tutulmuş olan kayıt ve belgeleri eksiksiz olarak teslim alır. Bu

belgeleri ve bilgileri eksiksiz muhafaza ederek sorumlu olacak yeni aile hekimine devreder.

Plan ve program yapma: (1) Bölgesinde sunulan sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Kişilerin bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanması için ekip anlayışı ile her türlü önlemi alır. Bölgesindeki toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık risk ve sorunlarını belirlemek amacıyla gerekli verileri toplar, epidemiyolojik açıdan değerlendirerek planlamalar yapar ve gerekli müdahalelerde bulunur.

(2) Kuruluşundan itibaren ilk bir yıl içerisinde müdürlük ile birlikte bölgesinin sağlık ile ilgili faaliyet planını hazırlar, ilgili kuruluşlarla paylaşır, uygular ve/veya uygulatır. Sonuçları izler ve değerlendirir. Takip eden dönemde altı aylık periyotlarla (Ocak - Temmuz) faaliyet plan ve raporlarını müdürlüğe sunar.

(3) Kişilere ve topluma en iyi sağlık hizmetinin sunulabilmesi için aile sağlığı merkezleri arasında koordinasyonu sağlar. Ayrıca laboratuvar, görüntüleme hizmetleri, eğitim, lojistik konularında da doğrudan destek verir. Bölgesinde planladığı hizmetler ile ilgili olarak aile hekimleriyle beraber çalışmalar yapar.

(4) Bölgede ihtiyaç duyulan aile sağlığı merkezlerinin sayısını, yerlerini ve burada çalışacak aile hekimi ile diğer personel sayısını planlar. Hazırlayacağı raporun içinde bu konu ile ilgili önerilerini belirtir.

(5) Toplumun ve kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla Bakanlıkça gönderilen her türlü materyal, ilaç ve malzemelerin aile sağlığı merkezine ulaştırılması için tüm lojistik desteği sağlar.

(6) Aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerden kişisel ve toplumsal boyutu olan işler (bebek ve çocuk sağlığı, gebe ve loğusa takibi, aşı, aile planlaması v.b.) için hem aile hekimleri arasında hem de diğer ilgili kurumlar arasında koordinasyonu sağlar.

(7) Aile sağlığı merkezlerinden ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerin işlemlerinin izlenmesi, ikinci basamak sağlık kuruluşlarından geri bildirimin sağlanması ve değerlendirilmesinde oluşabilecek aksamaları tespit eder ve giderilmesini sağlar.

(8) Toplum sağlığı merkezince rutinde yapılmayan ancak Bakanlıkça yürütülen tarama, kampanya, aşılama hizmetleri gibi işleri bölgesindeki aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde yapar ve/veya yaptırır.

Üniversiteler ve diğer kurumlarla işbirliği: (1) Hizmetin her aşamasında ilgili kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapar.

(2) Bakanlık ve niversiteler arasında imzalanacak protokol esasları çerçevesinde;

a) Başıta halk sağlığı alanında olmak üzere, sağlık personeli yetiştiren üniversitelerde mezuniyet öncesi ve sonrası öğrenim görenler ile Bakanlık personelinin teorik ve uygulamalı eğitimlerine katkı amacıyla; sağlıkla ilgili programlarda eğitim gören mezuniyet öncesi ve sonrası öğrencilerin toplum sağlığı merkezi ve bölgedeki diğer sağlık kuruluşlarının çalışma ve uygulamalarına katılımlarına destek verir.

b) Halk sağlığı ve epidemiyoloji araştırma görevlileri başta olmak üzere ilgili üniversitede eğitim gören araştırma görevlilerinin toplum sağlığı merkezi faaliyetleri içinde görev yapmalarını sağlar.

(3) niversiteler başta olmak üzere bilimsel nitelikte araştırma yapan kurumların, Bakanlık veya müdürlükle işbirliği içerisinde yapacakları sağlıkla ilgili araştırmalar ve projeleri destekler ve katkıda bulunur.

(4) Bakanlık ya da müdürlüğün hazırladığı programlar çerçevesinde bölgesinde çalışan personelin eğitimlerini bölge içi veya dışındaki kurumlar ile işbirliği içinde sağlar.

İzleme ve değerlendirme: (1) Aile sağlığı merkezlerinin durumunun, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının sahada verdiği hizmetlerin mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluğunun izleme ve değerlendirme çalışmalarını yapar. Sonuçları müdürlüğe iletir.

(2) Aile hekimlerinin resmi kayıt ve evrak niteliğinde kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan verilerini belirli aralıklarla düzenli olarak toplar ve zamanında müdürlüğe bildirir. Bölgesinde hizmet veren aile sağlığı merkezlerinin ve buralarda görev yapan aile hekimlerinin çalışmalarını yerinde ve tuttuğu kayıtlarından izler ve değerlendirir. Bu amaçla aile sağlığı merkezlerini ziyaret eder ve her türlü kayıtlarına erişir, yaptığı değerlendirmeleri altışar aylık dönemlerde müdürlüğe yazılı

olarak, aile sağlığı merkezi çalışanlarına öncelikli olarak yazılı ya da sözlü olarak bildirir. Bu görevini yaparken hasta haklarına ve kişisel mahremiyetin korunması ilkelerine riayet eder.

(3) Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimince aylık olarak yapılan gezici sağlık hizmeti bölgelerinin planlamasını bir önceki ayın son haftası içinde aile hekiminden alır. Aile hekiminin bu programa uyup uymadığını izleyip değerlendirerek hazırladığı raporu mdrlēē bildirir.

(4) Aile hekiminin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarını sahada izler ve değerlendirir. Hazırladığı raporu mdrlēē iletir.

(5) Hasta hakları ile ilgili çalışmaların yrtlmesini sağlar.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü: (1) Bakanlığın yrttēē programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık verilerini toplar, kayıtlarını tutar, değerlendirir, sürveyansı yapar veya yaptırır ve gerekli tüm tedbirlerin alınması için ilgili kuruluşlarla iřbirliēē yapar. Bölgesinde bulaşıcı hastalıkların usulüne uygun olarak bildirimini ve filyasyonunu yaparak ilgili aile hekimleri ile durumu birlikte değerlendirir. Eēer aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu o toplum sağlığı merkezine bildirir.

(2) Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirler. Soēuk zincir sisteminin kurulmasını ve düzgün olarak işletilmesini sağlar ve denetler. Bölgesi için gereken aşıları ve diēer malzemeleri mdrlēēten sağlar, usulüne uygun olarak saklar ve aşıların uygulanacaēı birimlere daēıtır.

(3) Her aile sağlığı merkezinde en az bir sağlık personelinin PPD (tüberküloz deri testi) uygulaması konusunda eēitilmesini sağlar/sağlatır. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, sürveyans ve aşı uygulaması konusundaki eēitimlerini mdrlēē ile koordineli olarak planlar ve uygulamasını sağlar.

(4) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek aşılama problemleri, mevsimsel deēiřimler, evre şartlarındaki deēiřimler, yerleşim birimlerinin alt yapı durumları gibi faktörleri yakından izler ve gerekli önlemleri almak için ilgili kurumlarla iřbirliēē yapar. Bölgesinde bulaşıcı hastalıklara yönelik “Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi”ni işletir. Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduēunda aile hekimleri ve mdrlēēle birlikte tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diēer kuruluşlarla iřbirliēē yaparak

mevzuata göre her türlü tedbiri alır, bölgesindeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum çalışanlarını ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum farkındalığı oluşturur. İlgili kurumlarca alınan tedbirleri izler ve sürdürülmesini sağlar.

(5) Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini sağlar. Ulusal Hastalık Kontrol Programları çerçevesindeki özel surveyans çalışmalarını yürütür. Bulaşıcı hastalıkların tanısında numune nakline yönelik özellikli malzemeyi (özel besiyerleri, numune nakil kapları gibi) müdürlükten temin eder ve aile hekimlerine ulaştırır. Alınan numunelerin referans laboratuvarlarına öngörülen sürelerde ulaştırılmasını müdürlük kanalı ile sağlar. Bazı bulaşıcı hastalıklara veya bulaşıcı hastalık komplikasyonlarına yönelik olarak Bakanlık ve müdürlük tarafından temin edilen ilaçların ilgili kişilere ulaşmasını aile hekimleri yolu ile sağlar. Bölgesinde grip pandemisi gibi durumlara yönelik planları yapar, müdürlüğün onayına sunar ve aile hekimleri ile paylaşır. Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve aşılama çalışmaları konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılır ve destek sağlar. Bulaşıcı hastalıklar alanında önergeler ve daimi genelgeler ile verilen diğer görevleri yapar.

(6) Zoonotik hastalıklarla ilgili Bakanlığın öngördüğü çalışmaları yapar. İlgili kuruluşlarla iş birliğinde bulunur. Verileri müdürlüğe iletir.

Verem savaşı hizmetleri: (1) Aile hekimleri verem kuşkusu olan hastaları ilgili kuruluşlara sevk eder ve bölgesindeki toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu kuruluşlarla işbirliği içinde şüpheli kişinin kayıtlarını tutar ve takip eder. Hastaneler kesin tanısı konmuş yeni verem hastalarının muayene neticelerini bölgesindeki toplum sağlığı merkezine bildirirler. Toplum sağlığı merkezi bu hastaların bilgilerini tüberkülozlu hastalar listesine kaydeder, tedavisi ve izlenmesini programlar, ilgili aile hekimi ve müdürlüğe bildirir. Bu hastaların ilaçlarını aylık olarak aile hekimine ulaştırır. İlgili toplum sağlığı merkezi aile hekiminin belirlenen programa uygun olarak hastasını izlemesini, ilaçlarının doğrudan gözetim ile verilmesini ve kontrollerinin düzenli olarak yapılmasını sağlar.

(2) Belli aralıklarla halk eğitim programları düzenler. Her ay yeni tedaviye alınan, tedavide olan, tedaviden çıkan, ilaçsız kontrole ayrılan, korumaya alınan, korumadan çıkan ve veremli hastaların temaslarından kontrolü gerekenleri, kişinin bağlı olduğu aile hekimine bildirir ve aile hekimleriyle işbirliği içinde çalışarak bu hizmetlerin yürütülmesini sağlar.

Sıtma savaş hizmetleri: (1) Sıtma savaş ile ilgili her türlü plan ve program toplum sağığı merkezleri tarafından yapılır. Sıtma şüphesi ile gönderilen hastaların tanı için gereken tetkiklerini yapar veya yaptırır. Sıtma şüphesi olup, toplum sağığı merkezine gelemeyen kişilere ulaşarak tanı için gereken numuneleri yerinde alır. Aile hekimi sıtma şüpheli hastaları ilgili kuruluşa sevk eder.

(2) Sıtmanın yerli bulaş olduğı yerleşim birimlerinde aktif sürveyans yapar, pasif sürveyansın aile hekimince yapılmasını izler. Sıtma laboratuvar hizmeti verilen ve vektör mücadelesi yapılan toplum sağığı merkezleri her ayın sonunda sıtma paraziti açısından negatif kan yaymalarının % 20'sini ve pozitif kan yaymalarının tamamını müdürlüğe gönderir.

(3) Sıtma tanısı konan hastaların aile hekimine bildirimini yapar, tedavisinde kullanılan ilaçları müdürlükten alarak aile hekimine veya hastanın tedavisinin yapıldığı hastaneye verir.

(4) Hastaların tedavi sürecini takip ve koordine eder. Müdürlüğe bildirimini yapar.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü: Bölgedeki sağık kuruluşlarının (hastaneler, üniversiteler, aile hekimleri, özel sağık kuruluşları v.b.) bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar ile ilgili kayıtlarını ve bilimsel çalışmalarını izler, sık görülen hastalıkları ve durumları belirler. Bunların önlenmesi için programlar geliştirir, geliştirilmiş olan programları uygular veya bölgedeki sağık kuruluşları ve diğerkurumlarla işbirliği yaparak uygulanmasını sağlar. Bedensel engelliler, kronik fiziksel veya ruhsal hastalığı bulunanlar, yaşlılar, ergenler, doğurgan çağıdaki kadınlar v.b. risk gruplarına yönelik olarak ilgili kurumlar ile işbirliği içinde çalışmalar yapar. Bakanlığın kanser ve ruh sağığı dahil kronik hastalıklar konusunda yürüttüğü proje ve programları bölgesinde yürütür ve/veya yürütölmesini sağlar.

Üreme sağığı hizmetleri: (1) İlgili diğerkuruluşlarıyla işbirliği içinde üreme sağığı, aile planlaması ve diğerkuruluşları ile ilgili hizmetlerinin koruyucu sağık hizmetleri ilkelerine uygun biçimde aile hekimleri tarafından gerçekleştirilmesini sağlar. Ana çocuk sağığı eğitim merkezi bulunan toplum sağığı merkezleri bu konularda teorik ve beceri kazandırma eğitimi ile danışmanlık hizmetlerini verir veya verilmesini sağlar. Bakanlık planlamasına uygun olarak Müdürlükçe bu tür merkezlerde il dışı

hekim ve hekim dışı sağlık personelinin katılımına da imkan veren bilgi ve beceri kazandırıcı kurslar düzenlenebilir.

(2) Her aile sağlığı merkezinde üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için planlama yapar. Bu planlama dahilinde aile hekimleri ve/veya aile sağlığı elemanlarına RİA (rahim içi araç) ve üreme sağlığı ile ilgili diğer teorik ve beceri kazandırma eğitimlerini verir veya verilmesini sağlar. Ayrıca ilgili hizmetleri veren tüm sağlık personeline kadın, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında adaptasyon eğitimi verir.

(3) Üreme sağlığı konusunda halk eğitimleri için yerel idareciler ve toplum liderleri başta olmak üzere ilgili kişi ve kurumlarla işbirliği yapar, eğitim programlarını planlar ve uygular.

(4) Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ile ilgili olarak (Misafir Anne Projesi gibi) Bakanlığın planladığı tüm programları yürütür ve yürütülmesini sağlar.

Ulusal programlar ile ilgili hizmetler:(1) Bakanlık tarafından kararlaştırılan ulusal ya da bölgesel programları yürütür ve yürütülmesini sağlar. Bakanlık veya müdürlük tarafından gerekli görüldüğü hallerde uygulanan aşı kampanyalarını kendi bölgesinde yapar ve/veya yapılmasını sağlar. Bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının ihtiyaca göre aktif olarak katılımını sağlar.

Adli tıbbi hizmetler: Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği yerlerde bu hizmetlerin planlanması görevi toplum sağlığı merkezine aittir. Toplum sağlığı merkezi bölgesindeki adli tıp hizmetinin devamlılığının sürdürülmesinde adli makamlarla işbirliği içinde çalışır. Toplum sağlığı merkezinde yeterli hekim olmadığı durumlarda mesai saatleri dışında öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere aile hekimleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dahil edilebileceği bir havuzla hizmetin devamlılığını sağlar. Toplum sağlığı merkezi bu görevin yapılabilmesi için gerekli koşulları ve desteği sağlar. Adli vakaların bildirilmesi, evrakların tutulması gibi konularda aile hekimleri ile koordinasyonu sağlar ve gerekli eğitimleri düzenler. Bütün bu hizmetler müdürlüğün sorumluluğu ve koordinasyonunda yürütülür.

Acil sağlık hizmetleri: (1) Bölgesi için müdürlüğün belirlediği acil sağlık hizmeti planlamasını uygular. Bölgesinde ve bölgesine yakın konumdaki hastanelerde

acil sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanamıyor ise ihtiyaçı giderecek şekilde m¼d¼rl¼k ile birlikte planlama yapar. Bunun i¼in; sağlık hizmetinin s¼rekliiliđini dikkate alarak b¼lgesinin ihtiyaçına cevap verecek şekilde mesai saatleri dışında toplum sağlığı merkezinde, aile sağlığı merkezinde veya başka yerde lojistik desteği de sağlayarak toplum sağlığı merkezi personeli, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve yardımcı sağlık personelinin de d¼hil edilebileceği fiili veya icap şeklinde bir n¼bet sistemi oluşturarak y¼r¼t¼r.

(2) B¼lgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli lojistik desteği verir.

Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri: (1) Acil Ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri şube M¼d¼rl¼đ¼ ile işbirliği i¼inde b¼lgesinde halka y¼nelik ilk yardım bilinci oluşturmak ¼zere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim ¼alıřmalarını y¼r¼t¼r.

(2) G¼nl¼k hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar i¼in halkın bilinç seviyesini y¼kseltmeye y¼nelik ¼alıřmalar yapar.

G¼r¼nt¼leme ve laboratuvar hizmetleri: Aile sağlığı merkezlerinde yapılamayan g¼r¼nt¼leme ve laboratuvar hizmetlerini yapar veya m¼d¼rl¼đ¼n uygun g¼rd¼đ¼ sağlık kuruluşunun laboratuvarlarında yapılmasını sağlar. Halk sağlığı laboratuvarları toplum sağlığı merkezlerine bağlı birer birim olarak hizmetlerine devam ederler. İhtiyaç duyulan yerlerde toplum sağlığı merkezleri, b¼nyesinde halk sağlığına ve ¼evreye y¼nelik laboratuvar hizmetlerinin verilmesini sağlar.

¼evre sağlığı hizmetleri: (1) B¼lgesinde insan sağlığı ile ilgili her t¼rl¼ ¼evre şartlarını izler ve değerlendirir. ¼nlem alınması gereken durumlarda ilgili kuruluşlarla işbirliği yapar.

(2) İ¼me ve kullanma sularının kontrol¼n¼ yapar. İlgili mevzuata g¼re yerleşim birimlerindeki su kaynaklarının d¼k¼m¼n¼ ¼ıkarır. B¼lgesinde yıllık ve aylık olarak yapacağı klor ¼l¼m¼, bakteriyolojik ve kimyasal analiz sayısına g¼re hedeflerini belirler. Yaptığı ¼alıřmaları bu hedefe g¼re değerlendirir. Tespit edilen eksiklikler veya oluşan kirliliklerin giderilmesi i¼in ilgili kurum ve kuruluşlara bilgi verir, alınacak ¼nlemleri takip eder.

(3) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin denetiminde mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirir.

(4) Hava kirliliğini açık ve kapalı alan olarak değerlendirir. Özellikle umuma açık işyerlerinin kapalı alan kirliliğinin önlenmesinde bu işyerlerinin yeterli havalandırma sisteminin olması için ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapar. Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik olarak ilgili kuruluşlarla işbirliği yapar.

(5) Piyasa gözetim ve denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla bölgesinde gerekli çalışmaları yürütür.

İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri: (1) Bölgesindeki tüm çalışanların ve işyerlerinin, özellikle sağlık açısından tehlikeli işyerlerinin kayıtlarına ulaşarak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunulması için işyeri ve diğer kurumlarla işbirliği yapar. İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerinde görevli olan işyeri hekimleri ile işbirliği yapar. İşyeri hekimi ve aile hekimleri arasında oluşabilecek problemleri çözer ve koordinasyon içinde çalışılmasını sağlar.

(2) İlgili mevzuata uygun olarak ortak sağlık ve güvenlik birimi kurabilir ve/veya ihtiyacı olan personeli hizmet satın alma yöntemiyle temin edebilir.

Afet hizmetleri: Bölgesinde afet organizasyonunda; afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası önlemler aşamasında müdürlüğün sevk ve idaresinde ihtiyaçları belirler, sağlıkla ilgili tüm çalışmaları yapar. Aile hekimleri ve halka yönelik afet sağlık eğitimleri düzenler.

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki: Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlar. Planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapar. Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol ve madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütür. Bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygular veya uygulanmasını sağlar. Planlanan eğitim programlarını hedef gruba (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi v.b.) ve amacına göre uygular ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlar.

Sağlık eğitimi hizmetleri: (1) Bakanlık tarafından “sürekli eğitim” kapsamında oluşturulan hizmet içi eğitim programlarını yürütür. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik, Bakanlıkça belirlenen aile hekimliği kapsamındaki yıllık hizmet içi eğitimlerin planlamasını yapar, lojistik desteği verir. Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı gerekli görülen eğitimler konusunda müdürlük ile işbirliği yaparak ve gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek alarak hizmet içi eğitimleri düzenler.

(2) Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için, seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapar, gerekirse personelinin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmalarını sağlar.

Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri: (1) Bölgesindeki okul, özellikle yatılı bölümü olan veya özellikli okul (bedensel engelliler için vb.), yurt (resmi ve özel), huzurevi ve çocuk esirgeme kurumu, otel, motel, pansiyon gibi konaklama yerlerinin sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden yılda en az iki kez kontrolünü yapar. Bu kontrol esnasında okullardaki hastalık yoğunluğunu değerlendirir.

(2) Kurum ve kuruluşlardaki suların kaynaklarını, şebeke durumunu ve depo denetimini yaparak bakteriyolojik ve kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri alır, ayrıca tuvaletler, kantin, yemekhane, yatakhane, spor sahası, havuzlar v.b. bölümleri değerlendirir. Bölgesindeki öğrencinin okula kayıtlarında aile hekimince periyodik muayenesinin yapılmasını sağlar, sonuçları ve aşılama durumlarını okul idaresi ile birlikte değerlendirir. Okullarda aile sağlığı merkezleri ve diğer sağlık kurumları ile işbirliği yaparak, aile ve okul idaresinin katılımıyla madde bağımlılığına ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesini sağlar. Bakanlığın belirlediği sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve benzeri eğitim ve uygulamalarla ilgili konularda okul idaresi ile işbirliği yapar.

Sosyal hizmet çalışmaları: Toplum kalkınması çalışmalarında ve yardım hizmetlerinde ilgili kuruluşlarla iş birliği yapar.

Diğer görevler: (1) Toplum sağlığı merkezleri, sağlık turizmi, turizm hekimliği, göçerlerin bakımı, sağlık taramaları v.b. konularda Bakanlığın yayınladığı genelge ve talimatlara göre hizmet sunar.

(2) Müdürlüğün verdiği diğer görevleri yapar.

Toplum Sağlığı Merkezinde ; Sağlık grup başkanlığı ve sağlık grup başkanı; İlçe düzeyinde sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu sağlık yöneticisidir. Sorumlu hekim; Toplum sağlığı merkezi çalışanlarının amiridir. Toplum sağlığı merkezinin idari ve teknik tüm işlerini ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütür ve denetler. Hekimler; sorumlu hekim tarafından bir ya da birden fazla konu ve birimin işlerini yürütmek üzere görevlendirilebilir. Hekim görevlendirildiği konu veya birimin işlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumludur. Sağlık memuru (toplum sağlığı), hemşire ve ebe; bölgesindeki koruyucu sağlık hizmeti veren ekibin üyesi olarak görev yapar. Ayrıca toplum sağlığı merkezinde Çevre sağlığı teknisyeni, Röntgen teknisyeni/röntgen teknikeri, Laboratuvar teknisyeni , idari ve mali işlerinden sorumlu şef,ayniyat saymanı ve ambar memuru,bilgi işlem hizmetlerini yürüten veri hazırlama ve kontrol işletmeni, memur, eczacı, Epidemiyoloji çalışmalarını yürüten tıbbi teknolog ,toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik şartları değerlendiren sosyal çalışmacı ,psikolog,mühendis,diyetisyen ,tıbbi sekreter ve daktilograf,şoför,hizmetli ve kaloriferci görev yapar.

Yürürlükten kaldırılan hükümler: 26/01/2010 tarih ve 2365 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır

Aile hekimliği uygulamasına geçen illerdeki sağlık evi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve diğer benzer birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşları ile birimleri ile halk sağlığı laboratuvarları personeliyle birlikte toplum sağlığı merkezlerine bağlı birer birim olarak çalışırlar. Kapatılan sağlık birimlerinin kadroları, faaliyet alanındaki toplum sağlığı merkezinin kadrosuna aktarılır. Bu kadroların ilave edilmesiyle toplum sağlığı merkezlerinin standart kadrolarının aşılması halinde standart fazlası personel Sağlık Bakanlığı Atama Ve Nakil Yönetmeliği hükümlerine göre diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına atanır. Birden fazla toplum sağlığı merkezi kurulmuş olan ilçede Müdürlükçe uygun görülecek olanın dışındaki toplum sağlığı merkezleri bir ay içerisinde kapatılır.(32)

2.7.13. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (02/11/2011 Tarihli)

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Bakanlık Teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.(33)

Kanun Hükmünde Kararnamede taşra teşkilatı da, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına göre yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Bakanlığın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri öngörülmüştür.

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 02 Kasım 2011 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı ile Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da bağlı kuruluş olarak yeni yapıda yerini almıştır. Kısaca Kurumun görevleri, halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek ve bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmaktır.

KHK’nin 58.maddesi ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun değişerek, “Aile Hekimliği Kanunu” adını alarak uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları; 3628 sayılı mal bildiriminde bulunulması; Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu, 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerin yargılanması hakkındaki kanun hükümlerine tabi olarak görev yapmaktadır. Danıştay, Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olma niteliğinin değişmediğini, bu hizmetlerin her şartta kamu görevlileri tarafından yerine getirildiğini dolaylı olarak Aile hekimlerinin de asli ve sürekli hizmet sunan kamu görevlisi sayılmaları gerektiğini kabul etmiştir. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kamu görevlisi niteliğinde memur oldukları, bu nedenle bunların atamaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri ile aylık ve ödemeleri ile ilgili

tüm kuralların tüm devlet memurları için olduğu gibi Anayasanın 128. Maddesi uyarınca Kanunla düzenlenmesi gerektiği için 5258 sayılı yasanın 8.maddesinin 2.fıkrasındaki düzenlemenin iptaline karar verilmiştir. 663 sayılı KHK ile Aile hekimliğinde acil hizmet yükümlülüğü de getirilmiştir.(33)

2.7.14. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (07/03/2012 Tarih Ve 28226 Sayılı R.G.)

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik 7/3/2012 tarih ve 28226 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin 15 inci maddesinde “Bağlı kuruluşların taşra hizmet birimlerinin görevleri, çalışma usul ve esasları, kadro standartları ve iş tanımlar’ ile ilgili diğer hususlar Kurumlarının teklifi ve Bakan onayı ile yürürlüğe konulacak yönerge ile belirlenir.” hükmü mevcuttur. (34)

2.7.15. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul Ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge (12.04.2012)

“Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge” yürürlüğe konulmuştur. Bu Yönergenin amacı; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı hizmet birimlerinin görev tanımları , yetki ve sorumlulukları , çalışma usul ve esasları ile kadro standartları ve iş tanımlarını düzenlemektir.Bu Yönerge ,24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunun 5 inci maddesinin ikinci fıkrası, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 07/03/2012 tarih ve 28226 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 15. inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.(35)

Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olarak ;

-Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Birimi

-Aile Hekimliği Uygulama Birimi

-Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Birimleri mevcuttur.

Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Biriminin görev ve yetkileri :

1)Yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak, uygulamak, uygulatmak, denetlemek ve değerlendirmek.

2)Birimi ilgilendiren hizmetlerin yürütülmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili birimlerle işbirliği içerisinde yapmak, gereken tedbirleri almak.

3)Aile hekimliği ile ilgili ödeneklerin zamanında , usulüne uygun ve yerinde harcanmasını ilgili birim ile işbirliği yaparak sağlamak.

4)İlde yürütülen aile hekimliği faaliyetlerinin izleme ve değerlendirmelerini yapmak, raporlar hazırlamak ve öneriler sunmak.

5)Aile hekimliği performans işlemlerini yürütmek ve itirazlarını değerlendirmek.

6)Hizmetlerin yürütülmesi için gereken organizasyonu ve eşgüdümü sağlamak, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla işbirliği yapmak.

7)Aile hekimliği uygulaması kapsamında yapılan çalışmaların niceliği ve niteliği hakkında belge toplamak, değerlendirmek ve kurumları/kuruluşları belli aralıklarla ziyaret ederek gereken yönlendirmeleri yapmak.

8)Aile hekimliğinin işleyişiyle ilgili verileri temin etmek, incelemek, kontrol ve hesaplamalarını yapmak,istatistik ve raporlarını hazırlamak.

9)Aile hekimliği uygulaması ile ilgili şikayetleri değerlendirmek.

10)Aile hekimliği uygulamasına ilişkin denetimleri yapmak ve denetim sonucuna göre gerekli iş ve işlemleri gerçekleştirmek.

11)İlgili birimler ve istatistik birimi ile işbirliği içerisinde hizmet değerlendirmesi yapmak, tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesini sağlamak ve değerlendirme sonuçlarını gelecek yılın çalışma plan ve programında göz önünde bulundurmak.

12)Müdürün verdiği diğer görevleri yapmak.

Aile hekimliği uygulama biriminin görev ve yetkileri :

1)Yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak, uygulamak, uygulatmak, denetlemek ve değerlendirmek.

2) Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili birimlerle işbirliği içerisinde yapmak, gereken tedbirleri almak.

3) Hizmetlerin yürütülmesi için gereken organizasyonu ve eşgüdümü sağlamak, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla işbirliği yapmak, aile sağlığı merkezlerinin ve aile hekimliği birimlerinin açma, kapama ve yer değiştirme işleri ile ilgili çalışmaları yapmak.

4) Aile hekimliği yerleştirme işlemlerini ve yetkilendirilmiş aile hekimliği ile ilgili işlemleri yürütmek.

5) Aile hekimlerinin hizmet verdiği mekanların asgari fiziki ve teknik şartlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi faaliyetlerini yürütmek.

6) Gezici ve yerinde sağlık hizmeti sunulacak bölgeler ile ilgili taleplerin değerlendirilmesi ve onaylanması faaliyetlerini yürütmek.

7) Aile hekimlerinin vereceği sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin belirlenmesi ve güncellenmesi faaliyetlerini yürütmek.

8) Aile sağlığı merkezi ve aile hekimliği birimlerinin gruplandırma işlemlerini planlamak, uygulamak ve itirazları değerlendirmek.

9) Aile hekimliği ile ilgili talepleri değerlendirmek.

10) Müdürün verdiği diğer görevleri yapmak.

Aile hekimliği eğitim ve geliştirme birimi

1) Yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak, uygulamak, uygulatmak, denetlemek ve değerlendirmek.

2) Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili birimlerle işbirliği içerisinde yapmak.

3) İlgili şahıs ve birimlerle işbirliği içerisinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının toplu, ferdi veya kurumsal hizmet içi eğitimlerinin plan ve programını yapmak, bu plan ve programın gerçekleşmesini sağlamak.

4) Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının eğitim müfredatlarının belirlenmesi ve güncellenmesi faaliyetlerini yürütmek.

5)Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının 1.aşama ve 2.aşama eğitimlerinin planlanması ve uygulanması faaliyetlerini yürütmek.

6)Tıpta uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarının saha eğitimlerini, eğitim aldığı kurumlarla işbirliği içerisinde yürütmek veya yürütölmesini sağlamak.

7)Aile hekimliği uygulaması kapsamında sağlık kuruluşları ve hekimlerinin rollerinde oluşan değişikliklerin değerlendirilmesi amacıyla izleme ve değerlendirme ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve standardizasyonunun sağlanması için çalışmalar yapmak.

8)Aile hekimliği uygulama modelinin geliştirilmesi için araştırmalar yapmak üretmek ve uygulamak

9)Aile hekimliği uygulamasını il düzeyinde tanıtmak ve il düzeyinde bu husustaki çalışmaları değerlendirmek, denetlemek, raporlamak

10)Aile hekimliği uygulaması ile ilgili memnuniyet anket çalışmaları yapmak, verilerin analiz ve raporlarını hazırlamak.

11)Müdürün verdiği diğer görevleri yapmak.

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik 7/3/2012 tarih ve 28226 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Mezkûr yönetmeliğin 6 ncı maddesinin üçüncü fıkrasında "Kurumların Başkan Yardımcılıklarına bağlı daire başkanlıklarının görev dağılımı ile ilgili hususlar kurumların teklifi ve Bakan onayı ile yürürlüğe konulacak yönerge ile belirlenir." Hükmü mevcuttur . Bu hükme istinaden hazırlanan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlıkları Yönergesi" yürürlüğe konulmuştur.(35)

2.7.16. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlıkları Yönergesi (22.03.2012)

Bu yönergeye göre;

- 1.Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanlığı,
- 2.Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı,
- 3.Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulmuştur.(36)

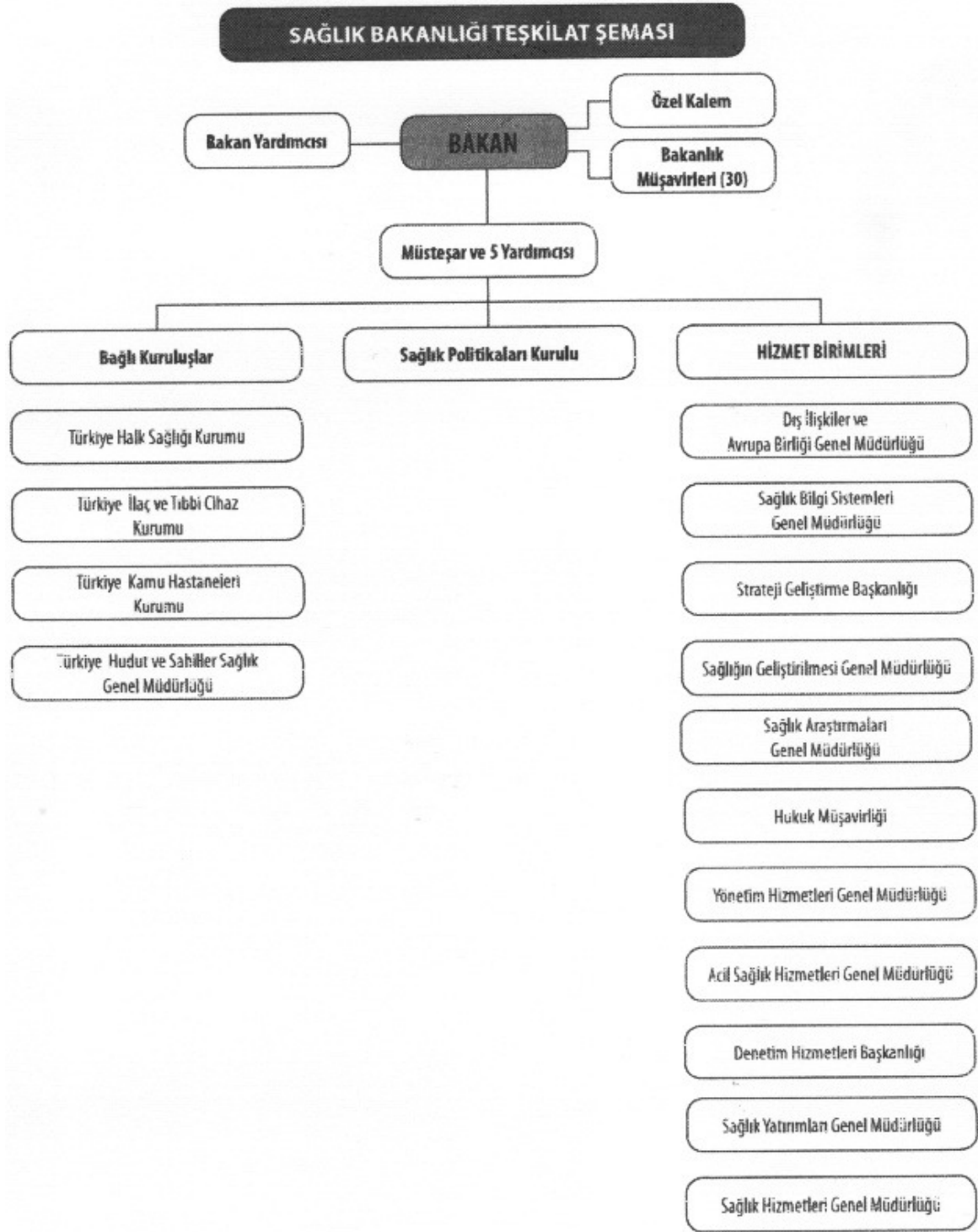
2.7.17. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (18/01/2014 Tarih Ve 6514/28886 Sayılı R.G.)

Madde 21’ e göre; Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimleri, kurum ve kuruluşlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere işyeri hekimliği yapabilir.

Madde 52’ye göre; “Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına 657 sayılı Kanunun ek 33’ üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında ayda asgari sekiz saat; ihtiyaç halinde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verilir.Bunlara entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde, artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33’üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir.”

“Aile hekimlerince talep edilen tetkik ve sarf malzemelerinin giderleri halk sağlığı müdürlükleri tarafından hak sahiplerine ayrıca ödenir”(37)

Şekil 1’de Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması görülmektedir.



Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması

2.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları, hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, bütün hizmet süreçlerinin sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyodemografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hizmet veren birime yerleşiminin uzaklığı, hastalığının tanısı, tedavi süresi hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hasta memnuniyeti, kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme faktörlerinden de etkilenmektedir. Aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, bekleme odaları ve bekleme süresi gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Hasta Memnuniyetini saptamak için geliştirilmiş çeşitli anketler vardır. Bunlardan bir kısmı özellikle Aile Hekimliği için geliştirilmiştir. En çok kullanılanlardan birisi de, Dünya Aile Hekimleri Birliği(WONCA)Avrupa Örgütünün bir alt birimi olan EQUIP(European Working Party On Quality In Family Practice)tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve halen 17 Avrupa ülkesinde kullanılmakta olan EUROPEP Anketidir. Temel amacı, birinci basamak sağlık sunumunda kalite artırımı olan bu ölçek hekim ve muayenehanesi ile ilgili hastalardan geri bildirim almayı amaçlar.İlk 16 soru klinik davranış,geriye kalan sorular ise hizmet organizasyonunu ölçmektedir.(38)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı, Tipi Ve Örneklem

Bu çalışma İstanbul ilindeki, bir Aile Sağlığı Merkezinde Eylül 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında yürütülmüş tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bu merkezin seçilme nedeni araştırıcının bu merkezde çalışan 9 hekimden biri olması ve bu nedenle bu merkezde daha kolay veri toplayabilecek olmasıdır.

a) Çalışma alanının ve nüfusunun tanımlanması:

9 Aile Hekiminin görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezi (ASM) yaklaşık 39000 kişilik bir nüfusa hizmet vermektedir. Bölge genel olarak düşük sosyo ekonomik konumda olan bir bölgedir. İlçede bir tane Toplum Sağlığı Merkezi mevcuttur.

Aile Sağlığı Merkezinde her hekime yaklaşık 4300 kişi kayıtlıdır. Birimlerdeki bu nüfus, Toplum Sağlığı Merkezi'nden yapılan yeni atamalar, göç, gönüllü hekim değişikliği, askerlik, evlilik vb. nedenlerle sürekli değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca bu kayıtlı nüfus dışında il dışından gelen misafir hastalara da başışıklama başta olmak üzere tüm sağlık hizmetleri verilmektedir. Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı bu toplam nüfus içinde yaklaşık;

800(0-12 ay) bebek %2, 4100 çocuk(1-5 yaş) %10,5, 550 gebe %1,4,

50 loğusa %0,1 11000 15-49 yaş kadın nüfus %28,2

1100 , 65 yaş ve üstü %2,8 8100 , 6-15 yaş nüfus%20,7,

34.200, 6-64 yaş arası %87 nüfus mevcuttur. Sevk oranı ortalama %5 tir.

b) Aile Sağlığı Merkezinde Hizmet Sunumu:

Aile Sağlığı Merkezinde, poliklinik hizmetinden yararlanmak isteyen kişiler Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi) ile, ya da randevusuz ayaktan başvuru yaparak hizmet almaktadırlar. Her birim yaklaşık günde 40 hasta bakmaktadır. Bakılan her kişiye ortalama 15-20 dakika zaman ayrılmaktadır. Doğurgan çağdaki kadınlara aile hekimi aile planlaması hizmetleri, anne sağlığı, çocuk sağlığı konusunda danışmanlık yapmaktadır. Okul çağına gelen çocukların aile hekimliğindeki kayıtları toplum sağlığı merkezi tarafından istenirse verilir. Muayene olan bireylere tedavi verilmesi gerektiğinde ilaçlar bilgisayar sistemi

üzerinde-reçete olarak kaydedilir. Reçete internet ortamında sosyal güvenlik kurumuna ulaşınca SGK dan gelen şifre ile hasta eczaneye giderek üzerine düşen katkı payını da eczaneye ödeyerek ilacını alır .Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezi tarafından hazırlanmış ve Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından onaylanmış ,toplum sağlığı merkezi hekimlerinin de dahil edildiği nöbet listesine göre adli ve defin nöbetlerini icab olarak yürütmektedirler.

Aile Sağlığı Merkezinde Soğuk Zincir Takibi :

Aile Sağlığı Merkezinde yapılan aşılar Toplum Sağlığı Merkezinden periyodik olarak gelmektedir. Gelen aşılar merkezdeki 2 aşı dolabına yerleştirilmekte ve soğuk zincir takibine büyük bir titizlik gösterilmektedir. Aile Sağlığı Merkezindeki aile hekimliği birimleri 3'er aylık dönemler halinde soğuk zincir sorumluluğunu yürütmektedir ve bu değişimler düzenli olarak Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirilmektedir. Soğuk zincir takibinde zorunlu olan fridge-tacler dışında ısı takip sistemi de kullanılmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezinde Bebek Dostu Olan Birimler:

Aile Sağlığı Merkezi'nde 3 Aile Hekimliği Birimi "Bebek Dostu Aile Hekimliği Birimi"dir. 2012 yılında bu birimler Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü şartları sağlayarak her biri tek başına Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvurdular.Yapılan denetim ve değerlendirme sonunda uygun görülerek bu birimler "Bebek Dostu Aile Hekimliği Birimi" oldular. Bebek Dostu Aile Hekimliği,"İlk altı ay tek başına, iki yaşına kadar da ek besinlerle birlikte anne sütünün önerilmesi" esasına dayanır. Anne sütünün özendirilmesi ve teşvik edilmesi temel prensiptir. Bebek Dostu Aile hekimliği birimlerinin muayene odasında ve Aile Sağlığı Merkezi içinde çeşitli yerlerde 8 maddeden oluşan emzirme politikaları asılıdır. Bu birimlerin mutlaka emzirme politikaları olmalıdır. Gebelere ve annelere emzirme eğitimi verilir, anne sütünün önemini anlatan halk eğitimleri ve kurum içinde hizmet içi eğitimler yapılır. Anne sütünün önemini içeren, aile hekimliği birim kodu ve telefon bilgilerinin de bulunduğu el broşürleri bastırılır ve dağıtılır, afişler basılarak kurum içinde asılır. Bebek Dostu Aile Hekimleri Birimleri bu eğitimlerine sürekli devam etmek zorundadır. Bebek dostu aile hekimliği birimi olmanın birimde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanına herhangi bir ücret katkısı yoktur yani negatif ya da pozitif performansa tabi olan bir durum değildir. Gönüllülük esasına dayanır.

Aile Sağlığı Merkezinde laboratuvar hizmetleri:

Her gün sabah gereken hastaların kanları alınarak kurye ile Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilmektedir. Sonuçlar LABİM (Laboratuvar Bilgi İşletim Merkezi) sistemine girilerek öğrenilmektedir. Merkezde başka bir laboratuvar tetkiki yapılmamaktadır.

Aile Sağlığı Merkezinde acil hizmetleri:

Acil müdahale, Enjeksiyon, pansuman, yara ve yanık bakımı hizmetleri verilmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde üçer aylık dönemlerde de her aile hekimliği birimi acil birim ve malzemelerinin denetiminden sorumludur. Bulundurulması gereken acil ilaçlar ve miad kontrolleri, acildeki diğer malzemelerin temininden ve takibinden sorumludur. Aile Sağlığı Merkezi'nin bağlı olduğu Belediye ile tıbbi atık sözleşmesi vardır.

Aile Sağlığı Merkezinde kayıt ve evrak düzenlenmesi:

Aile Sağlığı Merkezinde her birim kullanmayı tercih ettiği AHBS(Aile Hekimliği Bilgi Sistemi)'e bilgileri girmektedir. Fakat tüm birimlerde nüfusla ilgili tüm kayıtlar ve bilgilerin mahremiyetinden, doğruluğundan aile hekimleri bizzat sorumludur. Rapor, reçete vb. evrakların hepsi elektronik ortamda düzenlenmektedir.

c) Araştırmanın yapıldığı Aile sağlığı merkezinin Fiziki Özellikleri:

Çalışmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezi 2010 yılında bağlı olduğu Belediye tarafından yapılmıştır. 2010 yılının Şubat ayında Sağlık Ocağı olarak hizmet vermeye başlamış ve 1 Kasım 2010 tarihinden itibaren Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmet vermeye devam etmiştir. Aile Sağlığı Merkezi yaklaşık 900 metrekare olup, 3 kattan oluşmaktadır. 9 aile hekimi muayene odası, 2 tane aşı odası, 1 emzirme odası, 2 gebe muayene odası ve 1 aile planlaması odası, 1 acil müdahale ve laboratuvar odası, 1 gözlem odası, 1 kayıt odası, 1 eğitim odası, 1 mutfak, 1 depo ve 5 adet tuvaletten oluşmaktadır.

d) Aile Sağlığı Merkezinde bulunan aile hekimliği birimleri ve personelin durumu:

Aile Sağlığı Merkezi 2010 yılında Aile hekimliği hizmeti vermeye başladığında 8 Aile hekimliği birimi olarak başlamıştır. 2012 yılında 1 Aile hekimliği birimi daha eklenerek 9 Aile Hekimliği birimi olarak hizmet vermeye devam etmektedir. Aile

Sağlığı Merkezinde görev yapan 9 Aile hekimi Valilikle ayrı ayrı sözleşmelerini yapmış olup, sözleşme süresi 2 yıldır. Aile Sağlığı Merkezinde 9 Aile hekimi, 9 aile sağlığı elemanı, 1 tıbbi sekreter ve 2 hizmetli görev yapmaktadır. Her aile hekimliği birimi, bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Çalışmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezindeki aile sağlığı elemanlarının 7'si ebe, 2'i ise acil tıp teknisyenidir. Tıbbi sekreter ve 2 hizmetlinin, sözleşmeli olarak maaşları aile hekimleri tarafından ödenmekte olup herhangi bir şirketten hizmet satın alınması durumu yoktur. Aile Sağlığı merkezindeki Aile hekimliği birimlerinin 5'i D Grubu, 4'ü ise C grubudur. Aile Sağlığı Merkezinde bulunan aile sağlığı birimlerinin hiçbirinin gezici sağlık hizmeti verilen nüfusu ve bölgesi yoktur.

e)Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Saatleri :

Merkezde esnek mesai uygulayan bir birim yoktur. 9 Aile Hekimliği biriminde de mesai saatleri 08.00-17.00 saatleri arasındadır. Tüm birimlerin çalışma saatleri ve Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından onaylanmış haftalık çalışma programları muayene odası girişinde başvuranların rahatlıkla görebileceği bir yerde asılıdır. Her aile hekimliği biriminin farklı gün ve saatlerde kullanmayı tercih ettiği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından onaylanmış olan haftalık 4 saati geçmeyecek şekilde kullanılan kurum dışı mesai saatleri de bu programda belirtilmiştir. Kurum dışı mesai saatlerinde ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ev ziyaretlerinde, yatalak ve engelli hasta tespiti ve takibi, gebe tespiti, loğusa takibi yapılmakta ayrıca takip ve izlemine aksatan gebelerin, bebeklerin ve çocukların kuruma gelmeleri için ev ziyareti planlanmakta ve muhtarlıktan hastalarla ilgili yokluk belgesi gibi belgelerin alınması işlemleri yapılmaktadır.

f)Aile Sağlığı Merkezinin Yönetimi:

Merkezin bir yönetici hekimi mevcuttur. Yönetici hekim her yıl yapılan bir toplantı sonucunda karar defterine işlenerek, seçimle göreve gelmektedir. Yönetici hekimin çalışan diğer hekim ve aile sağlığı elemanları üzerinde herhangi bir idari yaptırımı yoktur. Aile Sağlığı Merkezinin Toplum Sağlığı Merkezi ile koordinasyonunu sağlamakta, ayrıca bir muhasebeci yardımı ile kurumun tüm gelir ve gider durumunu yürütmekte ve kurumla ilgili tüm abonelikleri kendi üzerinden sürdürmektedir. Aile Sağlığı Merkezi, Vergi Dairesine kayıtlı olup, Yönetici hekimi adına vergi mükellefi bir

kurumdur. Tüm gelir ve gider hesapları bankada yönetici hekim adına açılmış bir hesap üzerinden yürütülmektedir.

g)Denetim:

Aile Sağlığı Merkezi'ne binanın fizik koşulları (boya badana, aile sağlığı merkezinde bulundurulması gereken zorunlu malzemeler, aşı odası ve soğuk zincir kontrolü, acil odası ve zorunlu bulundurulması gereken malzemeler vb.), her bir aile hekimliği biriminin donanımı(birimde bulunması gereken zorunlu malzemeler) ve hizmetleri(kayıtların düzenli tutulması, gebe, bebek, çocuk ve loğusa izlemleri,15-49 yaş formlarının düzenlenmesi, verilerin Bakanlığa düzenli gönderilmesi) ile ilgili denetimler hem Toplum Sağlığı Merkezi tarafından hem de Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılan denetimlerde, eğer Aile Hekimliği Birimi içinde bulunduğu Grubun (Standart, D Grubu, C grubu, B Grubu ya da A Grubunun) ön gördüğü koşulları taşımıyorsa bir alt gruba indirilebilir. Toplum Sağlığı Merkezi denetimleri mesai ya da hizmet sunumu ile ilgili denetimler olup, bir kusur görülürse tutanak tutarak Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildirmektedir.

h) Aile Sağlığı Merkezinin Bütçesi:

Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekimlerin ödemeleri gereken kira bedelleri maaşlarından kesilmektedir. Bunun dışında Aile Sağlığı Merkeziyle ilgili demirbaş alımı, aylık elektrik, su, doğalgaz, telefon vb. faturaları, sarf, medikal ve kırtasiye malzemeleri, her türlü tamirat, boya badana, müştereken çalıştırılan 2 hizmetli ve 1 tıbbi sekreterin maaşları ve SGK primleri 9 hekimin oluşturduğu ortak bütçeden karşılanmaktadır. Ayrıca Aile hekiminin odasıyla ilgili her türlü eksik ve malzeme kendisi tarafından karşılanmaktadır.

Merkeze bağlı her aile hekimliği biriminin odalarına aldıkları demirbaş eşyalar ve kira bedeli haricinde birim olarak yaklaşık aylık 2000 TL gideri mevcuttur. Bu giderler her birime ödenen yaklaşık 2350 TL cari gider yardımlarından karşılanmaktadır. Aile Sağlığı Merkezindeki bir aile hekimliği biriminin örnek gelir ve gider bilançosu tablo 3.1'de gösterilmiştir.Tabloda belirtildiği gibi birimin tek gelir kaynağı aile hekimine aylık olarak düzenli ödenen cari gider yardımıdır, başka bir gelir kaynağı yoktur.

Tablo 3-1: Örnek gelir-gider bilançosu

	Gelir	Gider
	Cari Yardım	
Kira		300 TL.
Elektrik		50 TL
Su		50 TL
Doğalgaz		200 TL
Personel Gideri		500 TL
Telefon		50 TL
İnternet		25 TL
Güvenlik sistemi(elektronik)		25 TL
Ulaşım		200 TL
Sarf malzemeleri		200 TL
Demirbaş tamirleri		100 TL
Demirbaş taksitleri (jeneratör,vs)		200 TL
Bakım,boya,badana tamirat		200 TL
Medikal giderler		150 TL
Kırtasiye malzemeleri		100 TL
Toplam	2350 TL	2350 TL

1)Aile Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerde Performans Kriterleri :

Aile hekimliği birimlerinde verilen hizmetlerden gebe takibi, bebek izlem, çocuk izlem ,bebek ve çocuklardaki bağışıklama hizmetleri negatif performansa tabi olan hizmetlerdir.Negatif performans durumunda hizmet verilmesinde maaş kesintisi olmaktadır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Her aile hekiminin yapması gereken aylık takip ve aşı sayıları ve yüzdeleri belirli olup, ay sonuna kadar bunların tamamlanması gerekir.Yapılamayan takip ve aşılarda sayı ve yüzdelerine göre aile hekimine ödenecek brüt maaş üzerinden kesintisi yapılır.

i)Örnek çapının belirlenmesi ve örnek seçimi:

Hasta memnuniyetinin %50 olacağı varsayılarak %95 güven düzeyinde $\pm 5\%$ hata payı ile örnek çapının en az 384 olması hesaplanmıştır (39). Hasta memnuniyetinin %50 olacağı varsayılarak örnek çapının geniş olması hedeflenmiştir. Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Bireyler aile hekimlerinin kayıtlı kişi listesinden sistematik örneklem ile alınmıştır. 9 Aile Hekiminden 45 er kişi, her aile hekimine kayıtlı nüfus listesinden her 100 kişiden biri alınacak şekilde seçilmiştir. Toplam 405 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu kişilerin çoğuna Aile Sağlığı Merkezine hizmet almak için başvuruları sırasında, ailenin diğer bireylerinden birinin kuruma başvurması sırasında, kayıtlı akrabaları ve komşuları aracılığıyla ulaşılmıştır. Bu şekilde ulaşılammış çok az kişiye de telefon aracılığıyla ulaşılarak kuruma davet edilmiş ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Ve kişinin onayı alınarak yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Aile hekimlerinin AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) ne kayıtlı nüfusundan oluşturulmuş kişi listesinde, toplam 64 kişinin 18 yaş altı olduğu saptandı ve çalışmaya anneleri alındı. Bu 18 yaş altı nüfusun birimlere göre dağılımına baktığımızda birinci birimden 7, ikinci birimden 6, üçüncü birimden 8, dördüncü birimden 7, beşinci birimden 6, altıncı birimden 5, yedinci birimden 9, sekizinci birimden 5, dokuzuncu birimden 11 kişi idi. 9 aile hekimliği biriminden toplam 405 kişi seçildi. 400 kişi araştırmaya katılmayı kabul etti, 5 kişi ise araştırmaya katılmayı reddetti sonuçta anket 400 kişiye uygulandı. Red edenlerin 3'ü birinci birimden, 2'si altıncı birimden olup yerlerine başka kişi alınmamıştır.

Listedeki kişilerden dördüncü birimden 5 kişiye, sekizinci birimden 4 kişiye ve dokuzuncu birimden 3 kişiye hiç ulaşamadı ve toplam ulaşılammayan bu 12 kişinin yerine listedeki bir sonraki kişi çalışmaya dahil edildi. Hepsine ulaşılarak anket uygulandı.

Kuruma başvurusu olmayan, diğer aile bireyleri, yakınları ya da komşuları aracılığıyla ulaşılammayan toplam 10 kişiye telefonla ulaşılarak kuruma davet edildi. Üçüncü birimden 2, dördüncü birimden 5, altıncı birimden 1, sekizinci birimden 2 kişiye bu şekilde telefonla ulaşılmıştır. Kişilerden 2'i il dışında olduğunu gelemeyeceğini belirterek, 3 kişi telefonda geleceğini belirtmesine rağmen gelmemesi üzerine, bu toplam 5 kişi yerine listeden kendilerinden bir sonraki kişiler alınarak

listeye dahil edildi. Telefonla ulaşılan diğerk 5 kişiye de kuruma gelmeleri üzerine anket uygulandı. Telefonlar aile hekimi tarafından açılarak, kuruma davet edildi ve çalışma hakkında kurumda bilgilendirme yapılmıştır.

3.2. Anketlerin Uygulanması Ve Değerkendirilmesi

Anketler araştırıcı tarafından yüz yüze görüşme tekniğı ile uygulanmıştır. Her aile hekimliğı birimi tarafından kayıtlı kişi listesinden oluşturulmuş listelerdeki kişiler aile hekimi ya da aile sağılığı elemanı tarafından araştırıcıya yönlendirilmiştir. Kuruma başvurmamış ve ya yakınları, komşuları aracılığıyla ulaşılamayan kişiler, aile hekimleri tarafından telefonla ulaşılarak kuruma davet edilmiş ve araştırıcıya yönlendirilmiştir.15 kişilik bir pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmada ortalama anket süresi(20 dk.), hazırlanan Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketindeki soruların ve EUROPEP anketindeki soruların kişiler tarafından anlaşılabilirliğı değerkendirilmiştir.

Hastalara uygulanan anketler (**Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi**) 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, Demografik zellikler ve Ocak 2013 te yayınlanan Aile Hekimliğı Uygulama Yönetmeliğinde(Aile Hekimliğı Uygulama Yönetmeliğı (25/01/2013 tarih ve 28539 sayılı R.G.)(31) yer alan Aile Hekiminin görevleri listesinden yararlanarak oluşturulmuş, hastaların verilen hizmetleri bilme, kullanma ve memnuniyet durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Anketinde puanlama biliyor, yararlanıyor ve memnunsa 1 ve bilmiyor, yararlanmıyor ve memnun değılse 0 olarak puanlanmıştır. Buna göre 24 hizmeti de bilen, yararlanan ve memnun olan her birinden 24'er tam puan almaktadır.

İkinci bölüm ise hizmeti kullanan bireylerin memnuniyetini sorgulayan Dünya Aile Hekimleri Birliğı(WONCA)Avrupa rgtnn bir alt birimi olan EQUIP(European Working Party On Quality In Family Practice)tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve halen 17 Avrupa ülkesinde kullanılmakta olan EUROPEP Anketidir. (38). EUROPEP anketinin gvenirliğı ve geerliliğı ve Türkçeye evrilmesi Türkiye'de Aktürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(38). Bu ankette her sorunun cevaplarının anketi dolduran birey tarafından kötüden (1 puan) mükemmele kadar (5 puan) puanlandırılması istenmektedir. 23 soru için toplam 115 puan tam puanı göstermektedir. 400 kişiye anketler araştırıcı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile

uygulanmıştır. Örnek seçimi sırasında ulaşılamayan hastaların incelenmesi sonucunda bu kişilerin Aile Sağlığı Merkezi'ne hiç gelmemiş kişiler olduğu saptandı. Bunun üzerine bir aile hekimliği birimine bağlı hiç gelmemiş kişilerden 50 kişiye ulaşılan kadar tekrar telefonla arandı ve Aile Sağlığı Merkezinden hizmet almama nedenleri sorgulandı.

Ayrıca, 9 Aile Hekimine ve 1 de Toplum Sağlığı Merkezi Hekimine Aile Hekimliği Sisteminden memnuniyetlerini sorgulayan açık uçlu 14 soruluk bir anket (**Hekim Anketi**) uygulandı.

Veriler SPSS 21.0 paket programı ile bilgisayara girilerek frekans % oran, ki kare Testi ve t testi ile değerlendirilerek %95 güven düzeyinde $P < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kişilerin 302'si(%76) kadın ve 98'i(%24) erkek ti. Grubun yaş ortalaması 37,17±14,10 (min:18 yaş, max:81 yaş) idi. Kadınların yaş ortalaması,35,42±13,04 (min:18 yaş, max:72 yaş), erkeklerin yaş ortalaması 42,57±15,85 (min:18 yaş max:81 yaş) idi. Grubun ortalama çocuk sayısı 2,31±1,94 (min:0çocuk, max:13çocuk) idi. Grubun hane halkı sayısı 4,39±2,11(min:1 kişi, max:15 kişi) idi. Bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1' de görülmektedir.

Tablo 4-1: Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	n	Kadın %	n	Erkek %	n	Toplam %
Cinsiyet	302	75,5	98	24,5	400	100
Medeni durum						
Evli	268	88,7	78	79,6	346	86,5
Bekar	19	6,3	17	17,3	36	9,0
Dul	15	5,0	3	3,1	18	4,5
Boşanmış	0	0	0	0	0	0
Eğitim						
İlköğretim altı	203	67,2	59	60,2	262	65,5
İlköğretim	45	14,9	13	13,3	58	14,5
Lise	48	15,9	21	21,4	69	17,3
Üniversite ve üstü	6	2,0	5	5,1	11	2,8
Meslek						
İşçi	14	4,6	52	53,1	66	16,5
Memur	2	0,7	8	8,2	10	2,5
Öğrenci	13	4,3	3	3,1	16	4,0
Ev hanımı	265	87,7	-	-	265	66,3
Emekli	8	2,6	32	32,7	40	10,0
İşsiz	0	0	3	3,1	3	0,8
Gelir Durumu						
Asgari ücret ve altı	211	69,9	63	64,3	274	68,5
<Asgari ücret-3000	91	30,1	31	31,6	121	30,3
3000 ve üstü	0	0	4	4,1	5	1,3

Katılımcıların kronik sağlık sorunları sorulduğunda elde edilen bilgiler Tablo 4.2 'de görülmektedir.

Tablo 4-2: Katılımcıların bildikleri kronik sağlık sorunları.

Sağlık Sorunu	Kadın n	%	Erkek n	%	Toplam n	%	Önemlilik
Kronik hastalık							
Var	125	41,4	46	46,9	171	42,8	$X^2 = 0,93$ $p=0,34$
Yok	177	58,6	52	53,1	229	57,2	
Hipertansiyon							
Var	46	15,2	19	19,4	65	16,3	$X^2=0,94$ $p=0,33$
Yok	256	84,8	79	80,6	335	83,8	
Koroner kalp hastalığı							
Var	21	7,0	12	12,2	33	8,3	$X^2=2,74$ $p=0,10$
Yok	281	93,0	86	87,8	367	91,8	
Diabet							
Var	33	10,9	8	8,2	41	10,3	$X^2=0,61$ $p=0,43$
Yok	269	89,1	90	91,8	359	89,8	
Astım							
Var	11	3,6	9	9,2	20	5,0	$X^2=4,78$ $p=0,03$
Yok	191	96,4	89	90,8	380	95,0	
KOAH							
Var	0	0	2	2,0	2	0,5	$X^2=6,19$ $p=0,01$
Yok	302	100	96	98,0	398	99,5	
Allerji							
Var	19	6,3	2	2,0	21	5,3	$X^2=2,69$ $p=0,10$
Yok	283	93,7	96	98,0	379	94,8	
Obesite							
Var	17	5,6	5	5,1	22	5,5	$X^2=0,04$ $p=0,84$
Yok	285	94,4	93	94,9	378	94,5	

Sakatlık							
Evet	2	0,7	1	1,0	3	0,8	X ² =0,13 p=0,72
Hayır	300	99,3	97	99,0	397	99,3	
Sakatlık evetse ne?							
DKÇ**	2	0,7	1	1,0	1	0,3	
Edinsel ortopedik	300	99,3	97	99,0	2	0,8	
Diş sorunu							
Evet	102	33,8	28	28,6	129	32,3	X ² =0,95 p=0,33
Hayır	199	65,9	70	71,4	271	67,7	
Görme sorunu							
Evet	54	17,9	28	28,6	82	20,5	X ² =0,19 p=0,02
Hayır	248	82,1	70	71,4	318	79,5	
İşitme sorunu							
Evet	22	7,3	10	10,2	32	8,0	X ² =0,86 p=0,36
Hayır	280	92,7	88	89,8	368	92,0	
Protez							
Evet	28	9,3	13	13,3	41	10,3	X ² =1,28 p=0,26
Hayır	274	90,7	85	86,7	359	89,8	

*Behçet Hst, hiperlipidemi, tiroid hst, Crohn Hst

**Doğuştan Kalça Çıkığı

Erkeklerde astımın daha sık olduğu görülmektedir. Erkeklerde istatistiksel olarak KOAH anlamlılık verecek derecede fazlaydı.

Kadınların %85,3' ünde (n=87) , erkeklerin %27,7 'inde (n=26) diğer sağlık sorunları saptandı. Kadınlardaki sağlık sorunları (hiperlipidemi, tiroid fonksiyon bozuklukları, sedef hastalığı, epilepsi,lumber diskopati, romotoid artrit, kontak dermatid, Behçet hastalığı, migren, varis, glokom,panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, kuru göz sendromu, vertigo, idyopatik trombositopenik purpura)idi.

Erkeklerdeki diğer sağlık sorunları (hiperlipidemi ,tiroid fonksiyon bozuklukları,sedef hastalığı ,epilepsi ,lumber diskopati, romotoid artrit, kontak dermatid, migren, varis, benign prostat hipertrofisi, gastroösofageal reflü, depresyon, ülseratif kolit, kanser, chron hastalığı, vertigo, hepatit B taşıyıcılığı, multiple skleroz ve serebrovasküler hastalık) idi.

Ailede sakatlık olup olmadığı sorulduğunda 12 kişinin(2 Doğuştan kalça çıkığı, 4serebral palsy ve 4 mental reterdasyon ve 2 si diğer nedenlerdi.) sakatlık taşıdıkları ve bu sorunların 10 tanesinin doğuştan ikisinin ise(trafik kazası vb. nedenlerle)sonradan geliştikleri bilgisine ulaşılmıştır.

Bireylerin %10,5'i protez kullanmaktadır. Bunların, %85,4'ü diş protezi, %14,6'ı diğer protez türleridir.

Erkeklerde istatistiksel anlamlılık verecek şekilde görme sorunları daha fazlaydı. Araştırmaya katılan kişilerin sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları Tablo 4.3'de görülmektedir.

Tablo 4-3: Katılımcıların sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları

Alışkanlıklar	Kadın		Erkek		Toplam		önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Sigara							
Evet	48	15,9	29	29,6	77	19,2	$X^2=8,93$ $p=0,003$
Hayır	254	84,1	69	70,4	323	80,8	
Alkol							
Evet	0	0	4	4,1	4	1,0	Fisher's $p=0,003$
Hayır	302	100	94	95,9	396	99,0	

Erkekler istatistiksel olarak kadınlardan anlamlı derecede sigara içmekteydi. Erkekler , kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede alkol içmekteydi.

Araştırmaya katılan kişilerin diş, göz ve işitme gibi bazı kronik sağlık sorunları için Aile Hekimi dışında hizmet aldıkları sağlık birimleri Tablo 4. 4 'de görülmektedir.

Tablo 4-4: Hastaların bazı kronik sağlık sorunları için Aile Hekimi dışında hizmet aldığı sağlık birimleri

Sağlık Kurumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Diş şikayetlerinde başvuru yeri						
Devlet Hastanesi	38	12,6	9	9,2	47	11,8
Üniversite	1	0,3	1	1,0	2	0,5
Özel	64	21,2	18	18,4	82	20,5
Görme şikayetlerinde başvuru yeri						
Devlet Hastanesi	41	13,6	16	16,3	57	14,3
Özel	13	4,3	12	12,2	25	6,3
İşitme şikayetlerinde başvuru yeri						

Devlet Hastanesi	17	5,6	6	6,1	23	5,8
Üniversite	1	0,3	1	1,0	2	0,5
Özel	5	1,7	4	4,1	9	2,3

Diş şikayetleri olan 131 kişinin %35,9'u Devlet Hastanesine,%1,5'i Üniversite Hastanesine,%62,6'ı Özel Sağlık kurumuna başvurmaktadır.

Görme şikayetleri olan 164 kişinin %69,5'i Devlet Hastanesine,%30,5'i Özel Sağlık kurumuna başvurmaktadır.

İşitme şikayetleri olan 34 kişinin %67,6'ı Devlet Hastanesine, %5,9'u Üniversite Hastanesine,%26,5'i ise Özel Sağlık kurumuna başvurmaktadır.

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme, yararlanma ve memnuniyet durumları tablo 4.5' te görülmektedir.

Tablo 4-5: Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme, yararlanma ve memnuniyet durumları

Hizmetler	Bilenler		Yararlananlar		Memnuniyet	
	n	%	n	%	n	%
Muayene,teşhis ve tedavi	398	99,5	380	95,0	362	90,5
Yenidoğanlarda tarama testi	236	59,0	181	45,3	181	45,3
Bebek ve çocuk izlemleri	287	71,8	223	55,8	221	55,3
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	241	60,3	188	47,0	189	47,3
Bebek ve çocukların aşılınması	308	77,0	308	77,0	226	56,5
Yetişkinlerin aşılınması	304	76,0	232	58,0	232	58,0
Gebe takipleri	311	77,8	188	47,0	186	46,5
Gebelerin aşılınması	301	75,3	186	46,5	186	46,5
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	245	61,5	183	45,8	183	45,8
Loğusa takipleri	252	63,0	160	40,0	159	39,8
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	107	26,8	60	15,0	61	15,3
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	251	62,8	213	53,3	214	53,5
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	357	89,3	337	84,3	337	84,3

Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	281	70,3	268	67,0	268	67,0
Acil hizmetleri	388	97,0	295	73,8	295	73,8
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	391	97,8	346	86,5	346	86,5
Hastaların sevki ve takibi	363	90,8	342	85,5	340	85,0
Askerlik muayenesi	44	11,0	17	4,3	13	3,3
Yıllık periyodik muayene yapılması	157	39,3	176	44,0	148	37,0
Hasta kayıtlarının tutulması	390	97,5	384	96,0	384	96,0
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	20	5,0	8	2,0	7	1,8
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	247	61,8	32	8,0	31	7,8
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	232	58,0	32	8,0	30	7,5
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	22	5,5	16	4,0	15	3,8

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.6 ‘ da görülmektedir.

Tablo 4-6: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin cinsiyete göre dağılımı

Hizmetler	Kadın		Erkek		Önemlilik
	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	301	99,7	97	99,0	$X^2 = 0,71$ p= 0,40
Yenidoğanlarda tarama testi	202	66,9	34	34,7	$X^2 = 31,7$ p=0,000
Bebek ve çocuk izlemleri	233	77,2	54	55,1	$X^2 = 17,74$ p=0,000
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	207	68,5	34	34,7	$X^2 = 35,35$ p= 0,000
Bebek ve çocukların aşılınması	248	82,1	60	61,2	$X^2 = 18,24$ p= 0,000
Yetişkinlerin aşılınması	250	82,8	54	55,1	$X^2 = 31,08$ p= 0,000
Gebe takipleri	252	83,4	59	60,2	$X^2 = 23,01$ p= 0,000
Gebelerin aşılınması	250	82,8	51	52,0	$X^2 = 37,54$ p= 0,000
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	216	71,5	29	29,6	$X^2 = 54,90$ p= 0,000

Loğusa takipleri	221	73,2	31	31,6	$X^2=54,80$ p= 0,000
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	90	29,8	17	17,3	$X^2=5,86$ p=0,016
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	230	76,2	21	21,4	$X^2=94,80$ p=0,000
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	285	94,4	72	73,5	$X^2=33,70$ p= 0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	45	81,1	36	36,7	$X^2=69,80$ p= 0,000
Acil hizmetleri	298	98,7	90	91,8	$X^2=11,90$ p= 0,001
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	298	98,7	93	94,9	$X^2=4,80$; p=0,028
Hastaların sevk ve takibi	285	94,4	78	79,6	$X^2=19,30$ p=0,000
Askerlik muayenesi	25	8,3	19	19,4	$X^2=9,32$ p= 0,002
Yıllık periyodik muayene yapılması	125	41,4	32	32,7	$X^2=2,40$ p= 0,124
Hasta kayıtlarının tutulması	297	98,3	93	94,9	$X^2=3,60$ p= 0,058
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	16	5,3	4	4,1	$X^2=0,230$ p= 0,631
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	188	62,3	59	60,2	$X^2=0,131$ p=0,717
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	177	58,6	55	56,1	$X^2=0,188$ p= 0,665
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	17	5,6	5	5,1	$X^2=0,40$ p= 0,842

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından yararlanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.7 ‘ de görülmektedir.

Tablo 4-7: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların cinsiyete göre dağılımı

Hizmetler	Kadın		Erkek		Önemlilik
	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	293	97,0	87	88,8	$X^2=10,60$ p=0,001
Yenidoğanlarda tarama testi	154	51,0	27	27,6	$X^2=16,42$ p= 0,000
Bebek ve çocuk izlemleri	186	61,6	37	37,8	$X^2=17,03$ p= 0,000
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	159	52,6	29	29,6	$X^2=15,80$ p= 0,000

Bebek ve çocukların aşılansması	248	82,1	60	61,2	$X^2=18,24$ p=0,000
Yetişkinlerin aşılansması	194	64,2	38	38,8	$X^2=19,70$ p= 0,000
Gebe takipleri	163	54,0	25	25,5	$X^2=24,07$ p= 0,000
Gebelerin aşılansması	162	53,6	24	24,5	$X^2=25,30$ p= 0,000
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	161	53,3	22	22,4	$X^2=28,40$ p=0,000
Loğusa takipleri	142	47,0	18	18,4	$X^2= 25,31$ p=0,000
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	51	16,9	9	9,2	$X^2=3,44$ p= 0,063
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	205	67,9	8	8,2	$X^2=106,00$ p= 0,000
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	272	90,1	65	66,3	$X^2= 31,40$ p= 0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	237	78,5	31	31,6	$X^2=73,43$ p=0,000
Acil hizmetleri	245	81,1	50	51,0	$X^2=34,63$ p=0,000
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	276	91,4	70	71,4	$X^2=25,24$ p= 0,000
Hastaların sevkı ve takibi	271	89,7	71	72,4	$X^2=17,90$ p=0,000
Askerlik muayenesi	6	2,2	11	12,5	$X^2=15,27$ p= 0,000
Yıllık periyodik muayene yapılması	142	47,0	34	34,7	$X^2= 4,57$ p= 0,033
Hasta kayıtlarının tutulması	294	97,4	90	91,8	$X^2=5,90$ p=0,015
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	6	2,0	2	2,0	$X^2=0,001$ p= 0,974
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	26	8,6	6	6,1	$X^2=0,622$ p=0,430
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	26	8,6	6	6,1	$X^2=0,622$ p=0,430
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	14	4,6	2	2,0	$X^2=1,30$ p=0,255

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından memnuniyet durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4. 8 ‘ de görülmektedir.

Tablo 4-8: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin cinsiyete göre dağılımı

Hizmetler	Kadın		Erkek		Önemlilik	
	n	%	n	%		
Muayene,teşhis ve tedavi	279	92,4	83	84,7	$X^2=5,09$	$p=0,024$
Yenidoğanlarda tarama testi	154	51,0	27	27,6	$X^2=16,4$	$p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	184	60,9	37	37,8	$X^2=16,07$	$p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	160	53,0	29	29,6	$X^2=16,23$	$p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılması	188	62,3	38	38,8	$X^2=16,60$	$p=0,000$
Yetişkinlerin aşılması	194	64,2	38	38,8	$X^2=19,70$	$p=0,000$
Gebe takipleri	162	53,6	24	24,5	$X^2=25,30$	$p=0,000$
Gebelerin aşılması	162	53,6	24	24,5	$X^2=25,30$	$p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	161	53,3	22	22,4	$X^2=28,40$	$p=0,000$
Loğusa takipleri	141	46,7	18	18,4	$X^2=24,80$	$p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	52	17,2	9	9,2	$X^2=3,70$	$p=0,055$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	206	68,2	8	8,2	$X^2=104,24$	$p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	272	90,1	65	66,3	$X^2=31,42$	$p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	237	78,5	31	31,6	$X^2=73,43$	$p=0,000$
Acil hizmetleri	245	81,1	50	51,0	$X^2=34,70$	$p=0,000$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	276	91,4	70	71,4	$X^2=25,25$	$p=0,000$
Hastaların sevk ve takibi	270	89,4	70	71,4	$X^2=18,76$	$p=0,000$
Askerlik muayenesi	6	2,0	7	7,1	$X^2=6,25$	$p=0,012$
Yıllık periyodik muayene yapılması	118	39,1	30	30,6	$X^2=2,28$	$p=0,132$
Hasta kayıtlarının tutulması	294	97,4	90	91,8	$X^2=5,86$	$p=0,015$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	6	2,0	1	1,0	$X^2=0,402$	$p=0,526$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	26	8,6	5	5,1	$X^2=1,28$	$p=0,259$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	25	8,3	5	5,1	$X^2=1,08$	$p=0,300$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	13	4,3	2	2,0	$X^2=1,05$	$p=0,305$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme durumunun eğitime göre dağılımı tablo 4.9’ da görülmektedir.

Tablo 4-9: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin eğitim durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İlköğretim altı		İlköğretim		Lise ve üstü		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	262	100,0	57	98,3	79	98,8	$X^2=3,97$ p=0,138
Yenidoğanlarda tarama testi	154	58,8	36	62,1	46	57,5	$X^2=0,31$ p=0,858
Bebek ve çocuk izlemleri	189	72,1	39	67,2	59	73,8	$X^2=0,76$ p=0,684
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	157	59,9	37	63,8	47	58,8	$X^2=0,40$ p=0,822
Bebek ve çocukların aşılınması	204	77,9	43	74,1	61	76,3	$X^2=0,40$ p=0,817
Yetişkinlerin aşılınması	198	75,6	44	75,9	62	77,5	$X^2=0,13$ p=0,939
Gebe takipleri	202	77,1	44	75,9	65	81,3	$X^2=0,75$ p=0,687
Gebelerin aşılınması	198	75,6	42	72,4	61	76,3	$X^2=0,3$ p=0,857
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	161	61,5	37	63,8	47	58,8	$X^2=0,38$ p=0,830
Loğusa takipleri	164	62,6	38	65,5	50	62,5	$X^2=0,19$ p=0,912
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	51	19,5	21	36,2	35	43,8	$X^2=21,54$ p=0,00
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	163	62,2	39	67,2	49	61,3	$X^2=0,61$ p=0,737
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	245	93,5	47	81,0	65	81,3	$X^2=14,3$ p=0,001
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	203	77,5	38	65,5	40	50,5	$X^2=22,88$ p=0,00
Acil hizmetleri	256	97,7	55	94,8	77	96,3	$X^2=1,55$ p=0,461
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	259	98,9	55	94,8	77	96,3	$X^2=4,53$ p=0,104
Hastaların sevk ve takibi	245	93,5	48	82,8	70	87,5	$X^2=7,80$ p=0,020
Askerlik muayenesi	17	6,5	12	20,7	15	18,8	$X^2=15,92$ p=0,00
Yıllık periyodik muayene yapılması	98	37,4	26	44,8	33	41,3	$X^2=1,27$ p=0,531
Hasta kayıtlarının tutulması	257	98,1	55	94,8	78	97,5	$X^2=2,08$ p=0,34
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	12	4,6	2	3,4	6	7,5	$X^2=1,45$ p=0,486

Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	162	61,8	34	58,6	51	63,8	$X^2=0,38$ p=0,828
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	152	58,0	33	56,9	47	58,8	$X^2=0,0$ p= 0,977
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	17	6,5	2	3,4	3	3,8	$X^2=1,44$ p=0,49

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından yararlanma durumunun eğitime göre dağılımı tablo 4.10 ‘ da görülmektedir.

Tablo 4-10: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların eğitim durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İlköğretim altı n	%	İlköğretim n	%	Lise ve üstü n	%	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	258	98,5	49	84,5	73	91,3	$X^2=22,53$ p=0,000
Yenidoğanlarda tarama testi	121	46,2	30	51,7	30	37,5	$X^2=3,01$ p=0,222
Bebek ve çocuk izlemleri	151	57,6	32	55,2	40	50,0	$X^2=1,46$ p=0,483
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	125	47,7	32	55,2	31	38,8	$X^2=3,80$ p=0,150
Bebek ve çocukların aşılınması	204	77,9	43	74,1	61	76,3	$X^2=0,41$ p=0,817
Yetişkinlerin aşılınması	156	59,2	35	60,3	41	51,3	$X^2=1,89$ p=0,390
Gebe takipleri	125	47,7	32	55,2	31	38,8	$X^2=3,75$ p=0,150
Gebelerin aşılınması	124	47,3	1	53,4	31	38,8	$X^2=3,12$ p=0,209
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	123	46,9	30	51,7	30	37,5	$X^2=3,18$ p=0,204
Loğusa takipleri	105	40,1	29	50,0	26	32,5	$X^2=4,30$ p= 0,117
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	23	8,8	18	31,0	19	23,8	$X^2=24,46$ p=0,000
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	141	53,8	33	56,9	39	48,8	$X^2=0,99$ p= 0,608
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	238	90,8	43	74,1	56	70,0	$X^2=25,29$ p=0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	198	75,6	36	62,1	34	42,5	$X^2=31,07$ p=0,000
Acil hizmetleri	207	79,0	40	69,0	48	60,0	$X^2=12,24$ p=0,002
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	242	92,4	5	77,6	59	73,8	$X^2=22,80$ p=0,000

Hastaların sevk ve takibi	236	90,1	47	81,0	59	73,8	$X^2=14,27$ $p=0,001$
Askerlik muayenesi	5	2,2	7	12,7	5	7,1	$X^2=11,90$ $p=0,003$
Yıllık periyodik muayene yapılması	115	43,9	28	48,3	33	41,3	$X^2=0,68$ $p=0,713$
Hasta kayıtlarının tutulması	256	97,7	51	87,9	77	96,3	$X^2=11,85$ $p=0,003$
Verem hastalarına direkt gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	4	1,5	1	1,7	3	3,8	$X^2=1,58$ $p=0,456$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	22	8,4	5	8,6	5	6,3	$X^2=0,42$ $p=0,811$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	22	8,4	5	8,6	5	6,3	$X^2=0,42$ $p=0,811$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	13	5,0	1	1,7	2	2,5	$X^2=1,89$ $p=0,390$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından memnuniyet durumunun eğitime göre dağılımı tablo 4.11 ' de görülmektedir.

Tablo 4-11: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin eğitim durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İlköğretim altı n %	İlköğretim n %	Lise ve üstü n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	245 93,5	47 81,0	70 87,5	$X^2=9,70$ $p=0,008$
Yenidoğanlarda tarama testi	121 46,2	30 51,7	30 37,5	$X^2=3,01$ $p=0,222$
Bebek ve çocuk izlemleri	149 56,9	32 55,2	40 50,0	$X^2=1,17$ $p=0,557$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	126 48,1	32 55,2	31 38,8	$X^2=3,85$ $p=0,146$
Bebek ve çocukların aşılması	155 59,2	32 55,2	39 48,8	$X^2=2,76$ $p=0,253$
Yetişkinlerin aşılması	156 59,5	35 60,3	41 51,3	$X^2=1,88$ $p=0,390$
Gebe takipleri	124 47,3	31 53,4	31 38,8	$X^2=3,13$ $p=0,209$
Gebelerin aşılması	124 47,3	31 53,4	31 38,8	$X^2=3,13$ $p=0,209$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	123 46,9	30 51,7	30 37,5	$X^2=3,18$ $p=0,204$
Loğusa takipleri	105 40,1	28 48,3	26 32,5	$X^2=3,52$ $p=0,171$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	24 39,5	18 31,0	19 23,8	$X^2=23,18$ $p=0,000$

Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	142	54,2	33	56,9	39	48,8	$X^2=1,05$ p=0,593
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	238	90,8	43	74,1	56	70,0	$X^2=25,29$ p=0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	198	75,6	36	62,1	34	42,5	$X^2=31,06$ p=0,000
Acil hizmetleri	207	79,0	40	69,0	48	60,0	$X^2=12,24$ p=0,002
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	242	92,4	45	77,6	59	73,8	$X^2=22,80$ p=0,000
Hastaların sevk ve takibi	235	89,7	47	81,0	58	72,5	$X^2=15,04$ p=0,001
Askerlik muayenesi	5	1,9	4	6,9	4	5,0	$X^2=4,73$ p=0,094
Yıllık periyodik muayene yapılması	94	35,9	26	44,8	28	35,0	$X^2=1,80$ p=0,406
Hasta kayıtlarının tutulması	256	97,7	51	87,9	77	96,3	$X^2=11,84$ p=0,003
Verem hastalarına direkt gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	3	1,1	1	1,7	3	1,4	$X^2=2,42$ p=0,298
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	22	8,4	4	6,9	5	6,3	$X^2=0,50$ p=0,793
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	21	8,0	4	6,9	5	6,3	$X^2=0,31$ p=0,856
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	12	4,6	1	1,7	2	2,5	$X^2=1,50$ p=0,471

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme durumunun medeni duruma göre dağılımı tablo 4.12 ' de görülmektedir.

Tablo 4-12: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin medeni durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Evli n	%	Bekar n	%	Dulboşanmış n	%	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	346	100,0	34	94,4	18	100,0	$X^2=20,32$ p=0,000
Yenidoğanlarda tarama testi	221	63,9	6	16,7	9	50,0	$X^2=30,10$ p=0,000
Bebek ve çocuk izlemleri	265	76,6	9	25,0	13	72,2	$X^2=42,82$ p=0,000
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	227	65,6	6	16,7	8	44,4	$X^2=34,58$ p=0,000
Bebek ve çocukların aşılması	281	81,2	13	36,1	14	77,8	$X^2=34,47$ p= 0,000
Yetişkinlerin aşılması	280	80,9	13	36,1	11	61,1	$X^2=38,19$ p= 0,000

Gebe takipleri	281	81,2	16	44,4	14	77,8	$X^2=25,48$ $p=0,000$
Gebelerin aşılınması	275	79,5	13	36,1	13	72,2	$X^2=33,02$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	229	66,2	7	19,4	9	50,0	$X^2=31,01$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	236	68,2	7	19,4	9	50,0	$X^2=34,63$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	93	26,9	9	25,0	5	27,8	$X^2=0,07$ $p=0,966$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	240	69,4	6	16,7	5	27,8	$X^2=48,60$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	325	93,9	14	38,9	18	100,0	$X^2=105,23$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	261	75,4	4	11,1	16	88,9	$X^2=67,69$ $p=0,000$
Acil hizmetleri	340	98,3	30	83,3	18	100,0	$X^2=25,57$ $p=0,000$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	340	98,3	33	91,7	18	100,0	$X^2=6,90$ $p=0,032$
Hastaların sevk ve takibi	326	94,2	20	55,6	17	94,4	$X^2=58,38$ $p=0,000$
Askerlik muayenesi	32	9,2	12	33,3	0	0,0	$X^2=21,65$ $p=0,000$
Yıllık periyodik muayene yapılması	146	42,2	5	13,9	6	33,3	$X^2=11,23$ $p=0,004$
Hasta kayıtlarının tutulması	341	98,6	32	88,9	17	94,4	$X^2=13,22$ $p=0,001$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	18	5,2	2	5,6	0	0,0	$X^2=1,00$ $p=0,606$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	224	64,7	16	44,4	7	38,9	$X^2=9,86$ $p=0,007$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	210	60,7	16	44,4	6	33,3	$X^2=8,24$ $p=0,016$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	21	6,1	1	2,8	0	0,0	$X^2=1,78$ $p=0,411$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından yararlanma durumunun medeni duruma göre dağılımı tablo 4.13’ de görülmektedir.

Tablo 4-13: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların medeni durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Evli n	%	Bekar n	%	Dulboşanmış n	%	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	338	97,7	24	66,7	18	100,0	$X^2=67,05$ $p=0,000$
Yenidoğanlarda tarama testi	173	50,0	1	2,8	7	38,9	$X^2=29,65$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	209	60,4	3	8,3	11	61,1	$X^2=36,06$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	180	52,0	2	5,6	6	33,3	$X^2=29,68$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılınması	281	81,2	13	36,1	14	77,8	$X^2=37,46$ $p=0,000$
Yetişkinlerin aşılınması	222	64,2	2	5,6	8	44,4	$X^2=47,40$ $p=0,000$
Gebe takipleri	180	52,0	1	2,8	7	38,9	$X^2=32,45$ $p=0,000$
Gebelerin aşılınması	178	51,4	1	2,8	7	38,9	$X^2=31,49$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	176	50,9	1	2,8	6	33,3	$X^2=31,56$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	153	44,2	1	2,8	6	33,3	$X^2=23,69$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	55	15,9	2	5,6	3	16,7	$X^2=2,78$ $p=0,250$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	212	61,3	0	0,0	1	5,6	$X^2=66,40$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	314	90,8	6	16,7	17	94,4	$X^2=136,35$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	250	72,3	2	5,6	16	88,9	$X^2=69,70$ $p=0,000$
Acil hizmetleri	273	78,9	7	19,4	15	83,3	$X^2=60,43$ $p=0,000$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	316	91,3	13	36,1	17	94,4	$X^2=86,16$ $p=0,000$
Hastaların sevk ve takibi	309	89,3	16	44,4	17	94,4	$X^2=54,16$ $p=0,000$
Askerlik muayenesi	8	2,6	9	25,7	0	0,0	$X^2=37,51$ $p=0,000$
Yıllık periyodik muayene yapılması	165	47,7	3	8,3	8	44,4	$X^2=20,50$ $p=0,000$
Hasta kayıtlarının tutulması	341	98,6	27	75,0	16	88,9	$X^2=49,60$ $p=0,000$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	7	2,0	1	2,8	0	0,0	$X^2=0,480$ $p=0,787$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	29	8,4	2	5,6	1	5,6	$X^2=0,51$ $p=0,776$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	29	8,4	2	5,6	1	5,6	$X^2=0,51$ $p=0,776$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	15	4,3	1	2,8	0	0,0	$X^2=1,00$ $p=0,609$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından memnuniyet durumunun medeni duruma göre dağılımı tablo 4. 14’ de görülmektedir.

Tablo 4-14: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin medeni durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Evli n	%	Bekar n	%	Dulboşanmış n	%	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	322	93,1	23	63,9	17	94,4	$X^2=32,62$ $p=0,000$
Yenidoğanlarda tarama testi	173	50,0	1	2,8	7	38,9	$X^2=29,66$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	207	59,8	3	8,3	11	61,1	$X^2=35,23$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	181	54,3	2	5,6	6	33,3	$X^2=30,07$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılması	213	61,6	2	5,6	11	61,1	$X^2=41,78$ $p=0,000$
Yetişkinlerin aşılması	222	64,2	2	5,6	8	44,4	$X^2=47,40$ $p=0,000$
Gebe takipleri	178	51,4	1	2,8	7	38,9	$X^2=31,49$ $p=0,000$
Gebelerin aşılması	178	51,4	1	2,8	7	38,9	$X^2=31,49$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	176	50,9	1	2,8	6	33,3	$X^2=31,56$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	152	43,9	1	2,8	6	33,3	$X^2=23,39$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	56	16,2	2	5,6	3	16,7	$X^2=2,89$ $p=0,237$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	212	61,3	0	0,0	2	11,1	$X^2=62,83$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	314	90,8	6	16,7	17	94,4	$X^2=136,35$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	250	72,3	2	5,6	16	88,9	$X^2=69,70$ $p=0,000$
Acil hizmetleri	273	78,9	7	19,4	15	83,3	$X^2=60,44$ $p=0,000$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	316	91,3	13	36,1	17	94,4	$X^2=86,16$ $p=0,000$
Hastaların sevki ve takibi	307	88,7	16	44,4	17	94,4	$X^2=51,48$ $p=0,000$
Askerlik muayenesi	8	2,3	5	13,9	0	0,0	$X^2=14,53$ $p=0,001$
Yıllık periyodik muayene yapılması	139	40,2	3	8,3	6	33,3	$X^2=14,30$ $p=0,001$
Hasta kayıtlarının tutulması	341	98,6	27	75,0	16	88,9	$X^2=49,60$ $p=0,000$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi	6	1,7	1	2,8	0	0,0	$X^2=0,54$ $p=0,763$

uygulanması							
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	29	8,4	1	2,8	1	5,6	$X^2=1,56$ $p=0,459$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	28	8,1	1	2,8	1	5,6	$X^2=1,43$ $p= 0,489$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	14	4,0	1	2,8	0	0,0	$X^2=0,88$ $p=0,644$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını bilme durumlarının mesleğe göre dağılımı Tablo 4. 15 ' te görülmektedir.

Tablo 4-15: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin meslek durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İşçi-Memur-Öğrenci		Ev hanımı		Emekli-işsiz		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	90	97,8	265	100,0	43	100,0	$X^2=6,73$ $p=0,035$
Yenidoğanlarda tarama testi	30	32,6	188	70,9	18	41,9	$X^2=47,34$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	47	51,1	215	81,1	25	58,1	$X^2=34,82$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	31	33,7	191	72,1	19	44,2	$X^2=47,20$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılması	52	56,5	226	85,3	30	69,8	$X^2=33,32$ $p=0,000$
Yetişkinlerin aşılması	45	48,9	228	86,0	31	72,1	$X^2=52,00$ $p=0,000$
Gebe takipleri	54	58,7	229	86,4	28	65,1	$X^2=34,78$ $p=0,000$
Gebelerin aşılması	47	51,1	228	81,6	26	60,5	$X^2=50,45$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	31	33,7	202	76,2	12	27,9	$X^2=74,62$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	33	35,9	207	78,1	12	27,9	$X^2=77,74$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	20	21,7	82	30,9	5	11,6	$X^2=8,58$ $p=0,014$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	30	32,6	212	80,0	9	20,9	$X^2=101,67$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	63	68,5	255	96,2	39	90,7	$X^2=54,92$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	22	23,9	226	85,3	33	76,7	$X^2=124,04$ $p=0,000$

Acil hizmetleri	87	94,6	262	98,9	39	90,7	$X^2=10,92$ $p=0,004$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	87	94,6	262	98,9	42	97,7	$X^2=5,75$ $p=0,056$
Hastaların sevk ve takibi	69	75,0	254	95,8	40	93,0	$X^2=35,67$ $p=0,000$
Askerlik muayenesi	15	16,3	21	7,9	8	18,6	$X^2=7,75$ $p=0,021$
Yıllık periyodik muayene yapılması	24	26,1	110	41,5	23	53,5	$X^2=10,91$ $p=0,004$
Hasta kayıtlarının tutulması	86	93,5	262	98,9	42	97,7	$X^2=8,14$ $p=0,017$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	6	6,5	13	4,9	1	2,3	$X^2=1,10$ $p=0,577$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	48	52,2	169	63,8	30	69,8	$X^2=5,20$ $p=0,074$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	45	48,9	158	59,6	29	67,4	$X^2=4,98$ $p=0,083$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	5	5,4	16	6,0	1	2,3	$X^2=0,98$ $p=0,612$

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından yararlanma durumlarının mesleğe göre dağılımı Tablo 4. 16' da görülmektedir.

Tablo 4-16: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların meslek durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İşçi-Memur-Öğrenci		Ev hanımı		Emekli-işsiz		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	79	85,9	259	97,7	42	97,7	$X^2=20,98$ $p=0,000$
Yenidoğanlarda tarama testi	19	20,7	147	55,5	15	34,9	$X^2=35,51$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	26	28,3	177	66,8	20	46,5	$X^2=42,7$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	21	22,8	151	57,0	16	37,2	$X^2=33,84$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılınması	52	56,5	226	85,3	30	69,8	$X^2=33,32$ $p=0,000$
Yetişkinlerin aşılınması	26	28,3	182	68,7	24	55,8	$X^2=45,89$ $p=0,000$
Gebe takipleri	21	22,8	156	58,9	11	25,6	$X^2=44,49$ $p=0,000$
Gebelerin aşılınması	21	22,8	55	58,5	10	23,3	$X^2=45,38$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	21	22,8	154	58,1	8	18,6	$X^2=48,57$ $p=0,000$

Loğusa takipleri	17	18,5	136	51,3	7	16,3	$X^2=41,99$ p=0,000
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	9	9,8	48	18,1	3	7,0	$X^2=6,15$ p=0,046
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	17	18,5	191	72,1	5	11,6	$X^2=112,33$ p=0,000
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	51	55,4	249	94,0	37	86,0	$X^2=76,51$ p=0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	18	19,6	219	82,6	31	72,1	$X^2=123,45$ p=0,000
Acil hizmetleri	41	44,6	222	83,8	32	74,4	$X^2=54,24$ p=0,000
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	58	63,0	50	94,3	38	88,4	$X^2=57,42$ p=0,000
Hastaların sevk ve takibi	57	62,0	245	92,5	40	93,0	$X^2=53,43$ p=0,000
Askerlik muayenesi	8	9,3	5	2,1	4	11,1	$X^2=10,57$ p=0,005
Yıllık periyodik muayene yapılması	20	21,7	131	49,4	25	58,1	$X^2=25,16$ p=0,000
Hasta kayıtlarının tutulması	82	89,1	260	98,1	42	97,7	$X^2=14,70$ p=0,001
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	2	2,2	4	1,5	2	4,7	$X^2=1,89$ p=0,390
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	3	3,3	23	8,7	6	14,0	$X^2=5,04$ p=0,080
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	3	3,3	23	8,7	6	14,0	$X^2=5,04$ p=0,080
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	3	3,3	13	4,9	0	0,0	$X^2=2,49$ p=2,88

Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarından memnuniyet durumlarının mesleğe göre dağılımı tablo 4.17’ de görülmektedir.

Tablo 4-17: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin meslek durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	İşçi-Memur-Öğrenci		Ev hanımı		Emekli-işsiz		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	76	82,6	246	92,8	40	93,0	$X^2=8,66$ p=0,013
Yenidoğanlarda tarama testi	19	20,7	147	55,5	15	34,9	$X^2=35,51$ p=0,000
Bebek ve çocuk izlemleri	26	28,3	175	66,0	20	46,5	$X^2=40,91$ p=0,000

Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	21	22,8	152	57,4	16	37,2	$X^2=34,70$ p= 0,000
Bebek ve çocukların aşılınması	27	29,3	179	67,5	20	46,5	$X^2=42,50$ p= 0,000
Yetişkinlerin aşılınması	26	28,3	182	68,7	24	55,8	$X^2=45,90$ p= 0,000
Gebe takipleri	21	22,8	155	58,5	10	23,3	$X^2=45,38$ p=0,000
Gebelerin aşılınması	21	22,8	155	58,5	10	23,3	$X^2=45,38$ p=0,000
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	21	22,8	154	58,1	8	18,6	$X^2=48,57$ p=0,000
Loğusa takipleri	17	18,5	135	50,9	7	16,3	$X^2=41,13$ p=0,000
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	9	9,8	49	18,5	3	7,0	$X^2=6,56$ p=0,038
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	17	18,5	192	72,5	5	11,6	$X^2=113,93$ p=0,000
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	51	55,4	249	94,0	37	86,0	$X^2=76,51$ p=0,000
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	18	19,6	219	82,6	31	72,1	$X^2=123,54$ p=0,000
Acil hizmetleri	41	44,6	222	83,8	32	74,4	$X^2=54,24$ p=0,000
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	58	63,0	250	94,5	38	88,4	$X^2=57,43$ p=0,000
Hastaların sevk ve takibi	56	60,9	244	92,1	40	93,0	$X^2=54,60$ p=0,000
Askerlik muayenesi	4	4,3	5	1,9	4	9,3	$X^2=6,93$ p= 0,031
Yıllık periyodik muayene yapılması	18	19,6	107	40,4	23	53,5	$X^2=18,30$ p=0,000
Hasta kayıtlarının tutulması	82	89,1	260	98,1	42	97,7	$X^2=14,70$ p=0,001
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	2	2,2	4	1,5	1	2,3	$X^2=0,268$ p=0,875
Engelli ve yataklak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	2	2,2	23	8,7	6	14,0	$X^2=6,63$ p=0,036
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	2	2,2	22	8,3	6	14,0	$X^2=6,59$ p=0,037
Kişiye ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	3	3,3	12	4,5	0	0,0	$X^2=2,19$ p=0,336

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.18’ de görülmektedir.

Tablo 4-18: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin yaş gruplarına göre dağılımı

Hizmetler	Yaş (18-37) n %	Yaş (38-57) n %	Yaş (58 ve Üstü) n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	236 99,2	118 100,0	44 100,0	$X^2=1,37$ p=0,505
Yenidoğanlarda tarama testi	168 70,6	50 42,4	18 40,9	$X^2=32,66$ p=0,000
Bebek ve çocuk izlemleri	191 80,3	68 57,6	28 63,6	$X^2=21,53$ p=0,000
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	170 71,4	51 43,2	20 45,5	$X^2=30,80$ p=0,000
Bebek ve çocukların aşılınması	197 82,8	79 66,9	32 72,7	$X^2=11,67$ p=0,003
Yetişkinlerin aşılınması	193 81,1	80 67,8	31 70,5	$X^2=8,48$ p=0,014
Gebe takipleri	201 84,5	82 69,5	28 63,6	$X^2=15,91$ p=0,000
Gebelerin aşılınması	197 82,8	77 65,5	27 61,4	$X^2=18,11$ p=0,000
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	175 73,5	54 45,8	16 36,4	$X^2=38,53$ p=0,000
Loğusa takipleri	180 75,6	55 46,6	17 38,6	$X^2=41,09$ p=0,000
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	89 37,4	13 11,0	5 11,4	$X^2=33,99$ p= 0,000
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	190 79,8	52 44,1	9 20,5	$X^2=81,00$ p=0,000
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	208 87,4	108 9,5	41 93,2	$X^2=2,20$ p=0,333
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	159 66,8	89 75,4	33 75,0	$X^2=3,34$ p=0,189
Acil hizmetleri	232 97,5	113 95,8	43 97,7	$X^2=0,89$ p=0,641
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	233 97,9	115 97,5	43 97,7	$\chi^2=0,07$ p=0,966
Hastaların sevgi ve takibi	215 90,3	109 92,4	39 88,6	$X^2=0,65$ p=0,721
Askerlik muayenesi	26 10,9	14 11,9	4 9,1	$X^2=0,26$ p=0,880
Yıllık periyodik muayene yapılması	101 42,4	41 34,7	15 34,1	$X^2=2,50$ p=0,285
Hasta kayıtlarının tutulması	233 97,9	115 97,5	42 95,5	$X^2=0,92$ p=0,634
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	10 4,2	9 7,6	1 2,3	$X^2=2,72$ p=0,256
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	136 57,1	83 70,3	28 63,6	$X^2=5,90$ p=0,053
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	128 53,8	77 65,3	27 61,4	$X^2=4,50$ p=0,106
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı	13 5,5	9 7,6	0 0,0	$X^2=3,59$ p=0,166

hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması				
--	--	--	--	--

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerinden yararlananların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.19’ da görülmektedir.

Tablo 4-19: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların yaş gruplarına göre dağılımı

Hizmetler	Yaş (18-37) n %	Yaş (38-57) n %	Yaş (58 ve Üstü) n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	221 92,9	115 97,5	44 100,0	$X^2=6,11$ $p=0,047$
Yenidoğanlarda tarama testi	128 53,8	36 30,5	17 38,6	$X^2=18,12$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	154 64,7	44 37,3	25 56,8	$X^2=24,07$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	133 55,9	36 30,5	19 43,2	$X^2=20,68$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılınması	197 82,8	79 66,9	32 72,7	$X^2=11,67$ $p=0,003$
Yetişkinlerin aşılınması	155 65,1	50 42,4	27 61,4	$X^2=17,00$ $p=0,000$
Gebe takipleri	138 58,0	34 28,8	16 36,4	$X^2=29,19$ $p=0,000$
Gebelerin aşılınması	137 57,6	34 28,8	15 34,1	$X^2=29,27$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	136 57,1	34 28,8	13 29,5	$X^2=30,74$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	117 49,2	30 25,4	13 29,5	$X^2=20,78$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	55 23,1	3 2,5	2 4,5	$X^2=30,41$ $p=0,000$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	171 71,8	40 33,9	2 4,5	$X^2=92,75$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	194 81,5	105 89,0	38 86,4	$X^2=3,49$ $p=0,175$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	149 62,6	87 73,7	32 72,7	$X^2=5,15$ $p=0,076$
Acil hizmetleri	173 72,7	8 73,7	35 79,5	$X^2=0,90$ $p=0,0637$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	201 84,5	107 90,7	38 86,4	$X^2=2,61$ $p=0,270$
Hastaların sevk ve takibi	200 84,0	104 88,1	38 86,4	$X^2=1,10$ $p=0,577$
Askerlik muayenesi	13 6,1	2 1,9	2 5,4	$X^2=2,69$ $p=0,262$
Yıllık periyodik muayene yapılması	109 45,8	50 42,4	17 38,6	$X^2=0,96$ $p=0,621$
Hasta kayıtlarının tutulması	228 95,8	115 97,5	41 93,2	$X^2=1,59$ $p=0,452$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	4 1,7	3 2,5	1 2,3	$X^2=0,32$ $p=0,853$

Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	15	6,3	13	11,0	4	9,1	$X^2=2,47$ $p=0,292$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	15	6,3	13	11,0	4	9,1	$X^2=2,47$ $p=0,292$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	13	5,5	3	2,5	0	0,0	$X^2=3,81$ $p=0,149$

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerinden memnuniyet durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.20’ de görülmektedir.

Tablo 4-20: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin yaş gruplarına göre dağılımı

Hizmetler	Yaş (18-37)		Yaş (38-57)		Yaş (58 ve Üstü)		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Muayene,teşhis ve tedavi	211	88,7	111	94,1	40	90,9	$X^2=2,70$ $p=0,260$
Yenidoğanlarda tarama testi	127	53,4	37	31,4	17	38,6	$X^2=16,30$ $p=0,000$
Bebek ve çocuk izlemleri	153	64,3	43	36,4	25	56,8	$X^2=24,79$ $p=0,000$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	133	55,9	37	31,4	19	43,2	$X^2=19,37$ $p=0,000$
Bebek ve çocukların aşılması	155	65,1	45	38,1	26	59,1	$X^2=23,5$ $p=0,000$
Yetişkinlerin aşılması	155	65,1	50	42,4	27	61,4	$X^2=17,00$ $p=0,000$
Gebe takipleri	137	57,6	34	28,8	15	34,1	$X^2=29,27$ $p=0,000$
Gebelerin aşılması	137	57,6	34	28,8	15	34,1	$X^2=29,27$ $p=0,000$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	136	57,1	34	28,8	13	29,5	$X^2=30,74$ $p=0,000$
Loğusa takipleri	116	48,7	30	25,4	13	29,5	$X^2=20,06$ $p=0,000$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	56	23,5	3	2,5	2	4,5	$X^2=31,27$ $p=0,000$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	171	71,8	40	33,9	3	6,8	$X^2=88,98$ $p=0,000$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	194	81,5	105	89,0	38	86,4	$X^2=3,48$ $p=0,175$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	149	62,6	87	73,7	32	72,7	$X^2=5,15$ $p=0,076$
Acil hizmetleri	173	72,7	87	73,7	35	79,5	$X^2=0,90$ $p=0,637$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	201	84,5	102	97,4	38	86,4	$X^2=2,61$ $p=0,270$
Hastaların sevgi ve takibi	200	84,0	102	86,4	38	86,4	$X^2=0,43$ $p=0,806$

Askerlik muayenesi	9	3,8	2	1,7	2	4,5	$X^2=1,36$ $p=0,508$
Yıllık periyodik muayene yapılması	92	38,7	41	34,7	15	34,1	$X^2=0,70$ $p=0,706$
Hasta kayıtlarının tutulması	228	95,8	115	97,5	41	93,2	$X^2=1,60$ $p=0,452$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	4	1,7	3	2,5	0	0,0	$X^2=1,22$ $p=0,543$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	14	5,9	13	11,0	4	9,1	$X^2=3,03$ $p=0,219$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	13	5,5	13	8,9	4	9,1	$X^2=3,70$ $p=0,158$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	12	5,0	3	2,5	0	0,0	$X^2=3,3$ $p=0,193$

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin gelir durumlarına göre dağılımı Tablo 4.21’ de görülmektedir.

Tablo 4-21: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetleri bilenlerin gelir durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Asgari Ücret ve Asgari Ücret altı n %	<Asgari Ücret- 3000 n %	>3000 n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	272 99,3	122 100,0	4 100,0	$X^2=0,92$ $p=0,630$
Yenidoğanlarda tarama testi	160 58,4	75 61,5	1 25,0	$X^2=2,27$ $p=0,320$
Bebek ve çocuk izlemleri	196 71,5	89 73,0	2 50,0	$X^2=1,03$ $p=0,598$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	161 58,5	79 64,8	1 50,0	$X^2=3,37$ $p=0,186$
Bebek ve çocukların aşılınması	212 77,4	94 77,0	2 50,0	$X^2=1,67$ $p=0,434$
Yetişkinlerin aşılınması	208 75,9	94 77,0	2 50,0	$X^2=1,56$ $p=0,459$
Gebe takipleri	216 78,8	93 76,2	2 50,0	$X^2=2,13$ $p=0,345$
Gebelerin aşılınması	209 76,3	91 74,6	1 25,0	$X^2=5,60$ $p=0,061$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	169 61,7	75 61,5	1 25,0	$X^2=2,34$ $p=0,327$
Loğusa takipleri	177 64,6	74 60,7	1 25,0	$X^2=3,07$ $p=0,216$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	78 28,5	27 22,1	2 50,0	$X^2=2,84$ $p=0,241$

Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	172	62,8	78	63,9	1	25,0	$X^2=2,51$ $p=0,285$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	246	89,8	109	89,3	2	50,0	$X^2=6,50$ $p=0,039$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	199	72,6	81	64,4	1	25,0	$X^2=5,52$ $p=0,063$
Acil hizmetleri	265	96,7	119	97,5	4	100,0	$X^2=0,32$ $p=0,851$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	269	98,2	119	97,5	3	75,0	$X^2=9,70$ $p=0,008$
Hastaların sevk ve takibi	248	90,5	112	91,8	3	75,0	$X^2=1,37$ $p=0,506$
Askerlik muayenesi	31	11,3	12	9,8	1	25,0	$X^2=0,99$ $p=0,607$
Yıllık periyodik muayene yapılması	103	37,6	52	42,6	2	50,0	$X^2=1,09$ $p=0,579$
Hasta kayıtlarının tutulması	265	96,7	121	99,2	4	100,0	$X^2=2,20$ $p=0,332$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	15	5,5	4	3,3	1	25,0	$X^2=4,26$ $p=0,119$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	161	58,8	82	67,2	4	100,0	$X^2=5,06$ $p=0,080$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	146	53,3	82	67,2	4	100,0	$X^2=9,65$ $p=0,008$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	20	7,3	1	0,8	1	25,0	$X^2=9,78$ $p=0,008$

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.22 'de görülmektedir.

Tablo 4-22: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden yararlananların gelir durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Asgari Ücret ve Asgari Ücret altı n %	<Asgari Ücret- 3000 n %	>3000 n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	260 94,9	116 95,1	4 100,0	$X^2=0,23$ $p=0,896$
Yenidoğanlarda tarama testi	128 46,7	53 43,4	0 0,0	$X^2=3,75$ $p=0,157$
Bebek ve çocuk izlemleri	159 58,0	64 52,5	0 0,0	$X^2=6,16$ $p=0,046$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	132 48,2	56 45,9	0 0,0	$X^2=3,76$ $p= 0,153$
Bebek ve çocukların aşılması	212 77,4	94 77,0	2 50,0	$X^2=1,70$ $p= 0,434$

Yetişkinlerin aşılınması	162	59,1	69	56,6	1	25,0	$X^2=2,04$ $p=0,362$
Gebe takipleri	137	50,0	51	41,8	0	0,0	$X^2=5,87$ $p=0,053$
Gebelerin aşılınması	135	49,3	51	41,8	0	0,0	$X^2=5,40$ $p=0,067$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	134	48,9	49	40,2	0	0,0	$X^2=6,00$ $p=0,050$
Loğusa takipleri	115	42,0	45	36,9	0	0,0	$X^2=3,60$ $p=0,165$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	48	17,5	12	9,8	0	0,0	$X^2=4,62$ $p=0,099$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	144	52,6	68	55,7	1	25,0	$X^2=1,64$ $p=0,441$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	233	85,0	104	85,2	0	0,0	$X^2=21,17$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	193	70,4	75	61,5	0	0,0	$X^2=11,28$ $p=0,004$
Acil hizmetleri	204	74,5	91	74,6	0	0,0	$X^2=11,36$ $p=0,003$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	241	88,0	103	84,4	2	50,0	$X^2=5,51$ $p=0,064$
Hastaların sevkı ve takibi	236	86,1	105	86,1	1	25,0	$X^2=11,93$ $p=0,003$
Askerlik muayenesi	14	6,0	3	2,5	0	0,0	$X^2=2,34$ $p=0,311$
Yıllık periyodik muayene yapılması	128	46,7	46	37,7	2	50,0	$X^2=2,84$ $p=0,242$
Hasta kayıtlarının tutulması	261	95,3	119	97,5	4	100,0	$X^2=1,32$ $p=0,518$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	6	2,2	2	1,6	0	0,0	$X^2=0,21$ $p=0,899$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	23	8,4	9	7,4	0	0,0	$X^2=0,47$ $p=0,791$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	23	8,4	9	7,4	0	0,0	$X^2=0,47$ $p=0,791$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	15	5,5	1	0,8	0	0,0	$X^2=4,93$ $p=0,085$

Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetlerinin gelir durumuna göre dağılımı tablo 4. 23' de görülmektedir.

Tablo 4-23: Aile Sağlığı Merkezinin verdiği hizmetlerden memnuniyetin gelir durumlarına göre dağılımı

Hizmetler	Asgari Ücret ve Asgari Ücret altı n %	<Asgari Ücret- 3000 n %	>3000 n %	Önemlilik
Muayene,teşhis ve tedavi	250 91,2	108 88,5	4 100,0	$X^2=1,15$ $p=0,563$
Yenidoğanlarda tarama testi	128 46,7	53 43,4	0 0,0	$X^2=3,70$ $p=0,157$
Bebek ve çocuk izlemleri	157 57,3	64 52,5	0 0,0	$X^2=5,79$ $p=0,055$
Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi	133 48,5	56 45,9	0 0,0	$X^2=3,86$ $p=0,146$
Bebek ve çocukların aşılınması	160 58,4	66 54,1	0 0,0	$X^2=5,89$ $p=0,053$
Yetişkinlerin aşılınması	162 59,1	69 56,6	1 25,0	$X^2=2,03$ $p=0,362$
Gebe takipleri	135 49,3	51 41,8	0 0,0	$X^2=5,40$ $p=0,067$
Gebelerin aşılınması	135 49,3	51 41,8	0 0,0	$X^2=5,40$ $p=0,067$
Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi	134 48,9	49 40,2	0 0,0	$X^2=6,00$ $p=0,050$
Loğusa takipleri	114 41,6	45 36,9	0 0,0	$X^2=3,46$ $p=0,178$
Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi	49 17,9	12 9,8	0 0,0	$X^2=4,96$ $p=0,084$
Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri	145 52,9	68 55,7	1 25,0	$X^2=1,59$ $p=0,452$
Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi	233 85,0	104 85,2	0 0,0	$X^2=21,62$ $p=0,000$
Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık	193 70,4	75 61,5	0 0,0	$X^2=11,27$ $p=0,004$
Acil hizmetleri	204 74,5	91 74,6	0 0,0	$X^2=11,35$ $p=0,003$
Enjeksiyon,pansuman ve yara bakımı	241 88,0	103 84,4	2 50,0	$X^2=5,51$ $p=0,064$
Hastaların sevgi ve takibi	235 85,8	104 85,2	1 25,0	$X^2=11,42$ $p=0,003$
Askerlik muayenesi	10 3,6	3 2,5	0 0,0	$X^2=0,52$ $p=0,772$
Yıllık periyodik muayene yapılması	101 36,9	45 36,9	2 50,0	$X^2=0,29$ $p=0,864$
Hasta kayıtlarının tutulması	261 95,3	119 97,5	4 100,0	$X^2=1,31$ $p=0,518$
Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması	5 1,8	2 1,6	0 0,0	$X^2=0,09$ $p=0,957$
Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi	22 8,0	9 7,4	0 0,0	$X^2=0,40$ $p=0,823$
Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması	21 7,7	9 7,4	0 0,0	$X^2=0,33$ $p=0,845$
Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması	14 5,1	1 0,8	0 0,0	$X^2=4,47$ $p=0,107$

Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Anketinin 24 sorusundan memnuniyetle ilgili olan kısma verilen cevapların her kişi için toplamı alınarak toplam MEMNUNİYET puanı hesaplandı. Grubun (n=400) MEMNUNİYET puan ortalaması $11,54 \pm 5,80$ idi. Cinsiyete göre Toplam MEMNUNİYET puan ortalaması alındığında, kadınlarda ortalamanın $12,69 \pm 5,47$, erkeklerde $7,99 \pm 5,23$ bulundu. Kadın ve erkek toplam MEMNUNİYET puan ortalamaları student-t testi ile karşılaştırıldığında, $t=7,47$, $p=0.000$ bulundu. Toplam MEMNUNİYET puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel ileri derecede anlamlı fark vardı. Kadınlar aile hekimliği hizmetlerinden erkeklerden daha fazla memnundu.

Yaşla Toplam MEMNUNİYET puanları Pearson Korelasyon Analizi ile karşılaştırıldığında, $r:-0,125$, $p:0,012$ bulundu. Yaş arttıkça memnuniyet zayıf korelasyon gösterecek şekilde azalıyordu.

Toplam MEMNUNİYET puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı student –t testi ile karşılaştırıldığında $t:9,980$, $p:0,000$ bulundu. Evliler, dullar ve boşanmışlar bekarlardan daha fazla aile hekimliği hizmetlerinden memnundu.

Toplam memnuniyet puanlarının katılımcıların gelir durumu , meslek durumu ve eğitim durumuna göre dağılımı ONE WAY ANOVA ile karşılaştırıldığında sırasıyla $F:4,391$; $p:0,013$; $F:55,458$; $p:0,000$; $F:3,267$; $p:0,039$ bulundu. Gelir düzeyi düşük olanlar, ev hanımları ile diğer çalışmayanlar ve eğitim durumları düşük olanlar hizmetlerden daha fazla memnundu.

Her bir soruya göre katılımcıların verdiği cevapların puan dağılımı EUROPEP sonuçları olarak aşağıdaki 4.24 ile 4.46 numaralı tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4-24: Cinsiyete göre EUROPEP1.Soru (hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz n %	Kötü n %	Orta n %	İyi n %	Toplam n %
Cinsiyet					
Kadın	5	11 3,6	35 11,6	253 83,8	302 100
Erkek	5	5 9,2	9 5,1	81 82,7	88 100
Toplam	10	16 4,0	44 11,0	334 83,5	400 100

$$X^2=2,95$$

$$sd=3$$

$$p=0,39$$

Tablo 4-25: Cinsiyete göre EUROPEP 2.Soru (Hekimlerin hastaların özel durumları ile ilgilenmesi) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	11	3,6	35	11,6	253	83,8	302	100
Erkek	7	3,0	5	9,2	9	5,1	81	82,7	88	100
Toplam	10	1,5	16	4,0	44	11,0	334	83,5	400	100

 $X^2=2,90$
 $sd=3$
 $p=0,40$

Tablo 4-26: Cinsiyete göre EUROPEP 3.Soru(Hekimlerin hastaların sorunlarını söylemesini kolaylaştırması) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	10	3,3	34	11,3	255	84,4	302	100
Erkek	3	3,0	5	5,1	8	8,2	82	83,7	98	100
Toplam	6	1,4	15	3,8	42	10,5	337	84,5	400	100

 $X^2=3,42$
 $sd=3$
 $p=0,33$

Tablo 4-27: Cinsiyete göre EUROPEP 4 .Soru (Hekimlerin tıbbi bakımlarla ilgili kararlara hastaları dahil etmesi) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	10	3,3	36	11,9	253	83,8	302	100
Erkek	4	4,0	5	5,1	8	8,2	81	82,7	98	100
Toplam	7	1,7	15	3,8	44	11,0	334	83,5	400	100

 $X^2=5,62$
 $sd=3$
 $p=0,13$

Tablo 4-28: Cinsiyete göre EUROPEP 5 .Soru(Hekimin hastayı dinlemesinin vatandaş tarafından değerlendirilmesi) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	10	3,3	35	11,6	254	84,1	302	100
Erkek	2	2,0	5	5,1	8	8,2	83	84,7	98	100
Toplam	5	1,1	15	3,8	43	10,8	337	84,3	400	100

 $X^2=2,09$
 $sd=3$
 $p=0,55$

Tablo 4-29: Cinsiyete göre EUROPEP 6.Soru (Hekimlerin hastanın kayıt ve bilgilerini gizli tutması ile ilgili düşünceleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	10	3,3	34	11,3	255	84,4	302	100
Erkek	3	3,0	5	5,1	8	8,2	82	83,7	98	100
Toplam	6	1,4	15	3,8	42	10,5	337	84,3	400	100

 $X^2=3,42$
 $sd=3$
 $p=0,33$

Tablo 4-30: Cinsiyete göre EUROPEP 7.Soru (Hekimlerin hastaların şikayetlerini çabuk geçirmesi ile ilgili vatandaş düşünceleri)cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	0,9	12	4,0	38	12,6	249	82,5	302	100
Erkek	6	6,1	5	5,1	6	6,1	81	82,7	98	100
Toplam	9	2,2	17	4,3	44	11,0	330	82,5	400	100

 $X^2=11,68$
 $sd=3$
 $p=0,009$

Tablo 4-31: Cinsiyete göre EUROPEP 8.Soru (Hekimlerin hastanın günlük ihtiyaçlarını görecektik kadar iyileşmesine yardımcı olması konusundaki görüşleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	0,9	13	4,3	37	12,3	249	82,5	302	100
Erkek	6	5,2	6	6,1	11	11,2	75	76,5	98	100
Toplam	9	2,2	19	4,8	48	12,0	324	81,0	400	100

$$X^2=9,55$$

$$sd=3$$

$$p=0$$

Tablo 4-32: Cinsiyete göre EUROPEP 9.Soru (Hekimlerin işini tam yapmasına ilişkin vatandaş görüşlerinin dağılımı) (cevaplarının dağılımı)

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,1	14	4,6	33	10,9	252	83,4	302	100
Erkek	4	4,1	6	6,1	7	7,1	81	82,7	98	100
Toplam	7	1,7	20	5,0	40	10,0	333	83,3	400	100

$$X^2=5,42$$

$$sd=3$$

$$p=0,14$$

Tablo 4-33: Cinsiyete göre EUROPEP 10.Soru(Hekimin hastayı muayene etmesi ile ilgili hasta görüşleri cevaplarının dağılımı)

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	12	4,0	35	11,6	252	83,4	302	100
Erkek	2	2,1	6	6,1	7	7,1	83	84,7	98	100
Toplam	5	1,2	18	4,5	42	10,5	335	83,8	400	100

$$X^2=2,81$$

$$sd=3$$

$$p=0,42$$

Tablo 4-34: Cinsiyete göre EUROPEP 11.Soru(Hekimin koruyucu sađlık hizmetleri vermesi konusunda hastaların dűřűnceleri) cevaplarının dađılımı

	Soru ile ilgisiz		Kűtű		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	2,0	10	3,3	40	13,2	249	82,5	302	100
Erkek	3	3,0	5	5,1	9	9,2	81	82,7	98	100
Toplam	6	1,4	15	3,8	49	12,3	330	82,5	400	100

 $X^2=3,73$

sd=3

p=0,29

Tablo 4-35: Cinsiyete göre EUROPEP 12.Soru (Hekimin test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ile ilgili vatandaşın dűřűnceleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kűtű		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,1	11	3,6	40	13,2	248	82,1	302	100
Erkek	3	3,0	6	6,1	8	8,2	81	82,7	98	100
Toplam	6	1,4	7	4,3	48	12,0	329	82,3	400	100

 $X^2=4,77$

sd=3

p=0,18

Tablo 4-36: Cinsiyete göre EUROPEP 13.Soru ((Hekimlerin kendilerine bilgi vermesi konusunda hasta görüşleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kűtű		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	11	3,6	38	12,6	250	82,8	302	100
Erkek	3	3,1	5	5,1	10	10,2	80	81,6	98	100
Toplam	6	1,5	16	4,0	48	12,0	330	82,5	400	100

 $X^2=2,86$

sd=3

p=0,41

Tablo 4-37: Cinsiyete göre EUROPEP 14.Soru (Hekimlerin hastanın duygusal sorunlarını çözmedeki yardımlarının değerlendirilmesi)cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	11	3,6	39	12,9	249	82,5	302	100
Erkek	4	4,1	5	5,1	12	12,2	77	78,6	98	100
Toplam	7	1,7	16	4,0	51	12,8	326	81,5	400	100

$$X^2=4,58$$

$$sd=3$$

$$p=0,20$$

Tablo 4-38: Cinsiyete göre EUROPEP 15.Soru (Hekimlerin hastanın tavsiyelere uymasının önemini kavraması konusunda yardımcı olması ile ilgili görüşleri)cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,1	11	3,6	46	15,2	242	80,1	302	100
Erkek	6	6,2	5	5,1	12	12,2	75	76,5	98	100
Toplam	9	2,2	16	4,0	58	14,5	317	79,3	400	100

$$X^2=9,62$$

$$sd=3$$

$$p=0,02$$

Tablo 4-39: Cinsiyete göre EUROPEP 16.Soru(Hekimlerin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamasının hastalar tarafından değerlendirilmesi) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	11	3,6	39	12,9	249	82,5	302	100
Erkek	5	4,1	5	5,1	11	11,2	77	78,6	98	100
Toplam	8	2,0	16	4,0	50	12,5	326	81,5	400	100

$$X^2=6,94$$

$$sd=3$$

$$p=0,07$$

Tablo 4-40: Cinsiyete göre EUROPEP 17.Soru (Hekimlerin uzmana ya da hastaneye sevkten beklemesi gerekenler konusunda hastaları hazırlaması ile ilgili değerlendirmeler) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	12	4,0	39	12,9	248	82,1	302	100
Erkek	4	4,1	5	5,1	11	11,2	78	79,6	98	100
Toplam	7	1,7	17	4,3	50	12,5	326	81,5	400	100

$$X^2 = 4,48$$

$$sd=3$$

$$p=0,21$$

Tablo 4-41: Cinsiyete göre EUROPEP 18.Soru(Hastaların doktor dışı personelin yardımını değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	10	3,3	5	1,7	43	14,2	244	80,8	302	100
Erkek	15	15,3	3	3,1	11	11,2	69	70,4	98	100
Toplam	25	6,3	8	2,0	54	13,5	313	78,3	400	100

$$X^2 = 19,28$$

$$sd=3$$

$$p=0,00$$

Tablo 4-42: Cinsiyete göre EUROPEP 19.Soru (Hastaların kendilerine uygun zamanlarda randevu alabilme durumunu değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	26	8,6	9	3,0	33	10,9	234	77,5	302	100
Erkek	17	17,3	4	2,1	11	11,2	68	69,4	98	100
Toplam	43	10,8	11	2,8	44	11,0	302	75,5	400	100

$$X^2 = 6,14$$

$$sd=3$$

$$p=0,10$$

Tablo 4-43: Cinsiyete göre EUROPEP 20 .Soru (Hastaların polikliniğe telefonla ulaşabilmeleri)cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	27	8,9	10	3,3	33	10,9	232	76,8	302	100
Erkek	18	18,4	2	2,0	11	11,2	67	68,4	98	100
Toplam	45	11,3	12	3,0	44	11,0	299	74,8	400	100

$$X^2 = 6,95 \quad sd=3 \quad p=0,07$$

Tablo 4-44: Cinsiyete göre EUROPEP 21 .Soru (hastaların hekime telefonla ulaşabilmeleri)cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	26	8,6	13	4,3	34	11,3	229	75,8	302	100
Erkek	18	18,4	3	3,1	11	11,2	66	67,3	98	100
Toplam	44	11,0	16	4,0	45	11,3	295	73,8	400	100

$$X^2 = 7,41 \quad sd=3 \quad p=0,06$$

Tablo 4-45: Cinsiyete göre EUROPEP 22 .Soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamani değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	3	1,0	15	5,0	52	17,2	232	76,8	302	100
Erkek	7	7,1	3	3,1	16	16,3	72	73,5	98	100
Toplam	10	2,5	18	4,5	68	17,0	304	76,0	400	100

$$X^2 = 11,93 \quad sd=3 \quad p=0,00$$

Tablo 4-46: Cinsiyete göre EUROPEP 23. Soru (hastaların, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması konusunda hekimle ilgili değerlendirmeleri) cevaplarının dağılımı

	Soru ile ilgisiz		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	5	1,7	14	4,6	51	16,9	232	76,8	302	100
Erkek	10	10,2	3	3,0	13	13,3	72	73,5	98	100
Toplam	15	3,8	17	4,3	64	16,0	304	76,0	400	100

$$X^2 = 15,56 \quad sd=3 \quad p=0,00$$

EUROPEP Anketinin 23 sorusuna verilen cevapların her kişi için toplamı alınarak toplam EUROPEP puanı hesaplandı. Grubun (n=400) EUROPEP puan ortalaması $93,87 \pm 21,32$ idi. Cinsiyete göre Toplam EUROPEP puan ortalaması alındığında, kadınlarda ortalamanın $94,94 \pm 19,55$, erkeklerde $90,55 \pm 25,85$ bulundu. Kadın ve erkek toplam EUROPEP puan ortalamaları student-t testi ile karşılaştırıldığında, $t=1,78$, $p=0,08$ bulundu. EUROPEP puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel anlamlı bir fark yoktu. Yaş ile toplam EUROPEP puan ortalaması arasında Pearson Korelasyon Analizi ile korelasyon bulunamadı : $r=0,03$; $p=0,61$. Katılımcıların yaş gruplarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.47’ de gösterilmiştir.

Tablo 4-47: Katılımcıların yaş gruplarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı

EUROPEP PUANLARI					
Yaş aralığı	Kişi sayısı(n)	minumum	maximum	ortalama	standart sapma
18-27 yaş	122	0,00	115,00	92,09	24,62
28-37 yaş	116	22,00	115,00	94,90	18,69
38-47 yaş	56	0,00	115,00	93,12	20,75
48-57 yaş	62	12,00	115,00	96,75	19,23
58-67 yaş	33	36,00	115,00	91,30	22,51
68-77 yaş	10	57,00	115,00	97,90	20,66
78ve üzeri	1	96,00	96,00	96,00	0,00

$$F:0,629 ; p:0,678$$

Toplam EUROPEP puanı ile katılımcıların eğitim durumu arasındaki ilişki ONE WAY ANOVA ile araştırıldığında $F=3,041$; $p=0,049$ bulundu. Eğitim durumu ile EUROPEP puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu.

Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.48’ de görülmektedir.

Tablo 4-48: Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı

EUROPEP PUANLARI					
Eğitim Durumu	Kişi sayısı (n)	minumum	maxi mum	ortalama	Standart sapma
İlköğretim altı	262	0,00	115,00	94,91	19,45
İlköğretim	58	0,00	115,00	87,51	27,53
Lise	69	0,00	115,00	95,13	20,70
Üniversite ve üstü	11	27,00	115,00	94,54	27,24

$F=3,041$; $p=0,049$

Toplam EUROPEP puan ortalaması ile katılımcıların meslek durumu arasındaki ilişki ONE WAY ANOVA ile araştırıldığında $F=5,428$; $p=0,005$ bulundu. Meslek durumu ile EUROPEP puan ortalaması arasında ileri derecede istatistiksel anlamlı ilişki vardı. Öğrenci ve işçiler diğer meslek gruplarına göre hizmetlerden daha az memnundu.

Katılımcıların Meslek Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.49’ da görülmektedir.

Tablo 4-49: Katılımcıların Meslek Durumlarına göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı

EUROPEP PUANLARI					
Meslek Durumu	Kişi sayısı(n)	minumum	maxi mum	ortalama	Standart sapma
işçi	66	0,00	115,00	85,60	28,96

memur	10	70,00	115,00	99,10	17,03
öğrenci	16	48,00	115,00	88,31	20,22
Ev hanımı	265	0,00	115,00	95,59	18,83
emekli	40	36,00	115,00	96,80	21,14
işsiz	3	81,00	115,00	96,00	17,34

Toplam EUROPEP puan ortalaması ile katılımcıların gelir durumu arasındaki istatistiksel ilişki ONE WAY ANOVA ile araştırıldığında $F=1,883$; $p=0,153$ bulundu. Gelir durumu ile EUROPEP puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu.

Katılımcıların Gelir Durumuna göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.50 'de gösterilmiştir.

Tablo 4-50: Katılımcıların Gelir Durumuna göre EUROPEP toplam puan ortalamalarının dağılımı

	EUROPEP PUANLARI				
Gelir durumu	Kişi sayısı(n)	minimum	maximum	ortalama	Standart sapma
Asgari ücret ve altı	274	0,00	115,00	94,29	20,56
<Asgari ücret ve 3000arası	122	0,00	115,00	92,29	23,02
3000 in üstü	4	110,00	115,00	112,25	2,62

$F:1,888$; $p:0,153$

Bireylerin hizmetleri bilme,yararlanma ve memnuniyet durumlarının Pearson Korelasyon analizi ile karşılaştırılması tablo 4.51' de gösterilmektedir.

Tablo 4-51: Bireylerin Aile Hekimliği hizmetlerini bilme, yararlanma ve memnuniyet durumlarının Pearson Korelasyon analizi ile karşılaştırılması

Memnuniyet	Bilenler	Yararlananlar
	$r:0,811$ $p:0,000$	$r:0,996$ $p:0,000$

Aile hekimliği hizmetlerinden memnun olanlar ile bilenler ve yararlananlar arasında Pearson Korelasyon analizine göre çok kuvvetli bir iki yönlü pozitif korelasyon saptandı. Bireyler hizmetleri ne kadar biliyorsa, o kadar yararlanıyor ve memnundu.

Kronik hastalığı olanlarla, hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet arasındaki korelasyonu tablo 4.52’ de gösterilmektedir.

Tablo 4-52: Kronik hastalığı olanlarla, hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet arasındaki korelasyon

Kronik hastalık	Biliyor	Yararlanıyor	Memnun
Rho:	-0,123	-0,121	-0,133
P:	0,010	0,022	0,008

Aile Hekimliği birimine hiç başvurmamış olan 50 kişinin başvurmama nedenleri şunlardır:

-İl içinde ya da il dışında başka bir adrese taşınmış fakat ikametini taşıdığı yere almamış dolayısı ile yeni Toplum Sağlığı Merkezine ya da aile hekimine kayıt olmamış kişiler. Bu kişiler eski merkezinde kayıtlı görülüyor ama hizmet almıyor.

-İl dışına askerlik, iş ve ya eğitim için geçici bir süre gidenler.

-Çalıştıkları için işten izin alamayanlar veya hiçbir sağlık problemleri olmadığı için başvurmamışlar. Fakat bu grubun eşleri ve çocukları aile hekiminden hizmet alıyor.

-Çalıştıkları işyerinde işyeri hekimleri olduğu için hastalandıklarında ondan hizmet alanlar.

-Evlenme ve boşanma nedeniyle zorunlu olarak adres değişikliği yapmış olanlar. Aile hekimlerini henüz değiştirmemişler.

-Toplum Sağlığı Merkezi tarafından yeni atanmış ve henüz aile hekimine başvurmamış kişiler.

Aile hekimliği sistemi ile ilgili görüşleri alınan 10 hekimin 3 ü erkek, 7 si kadındı. 10 hekimin yaş ortalaması 43 idi. Ortalama 18 yıl hekimlik yapmışlardı. 10'u daha önce sağlık ocağı hekimliği yapmıştı. Ortalama Sağlık ocağı hekimliği yaptıkları yıl 7 idi. Sağlık ocağı dışında bir devlet hastanesi acilde ve yoğun bakım bölümünde, sağlık grup başkanlığında ve özel muayenehane hekimi olarak çalışmışlardı.

10 Aile hekiminin Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili olumlu görüşleri aşağıdadır:

-Her hekimin bir nüfusu olması nedeniyle hizmetin sürekliliği mevcut.

-Hekim hastalarını birebir tanıyor bu da iletişimin daha iyi olmasını ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkiliyor.

-Koruyucu sağlık hizmetleri daha iyi verilmektedir.

-Aile Sağlığı Merkezlerinde bağışıklama, gebe, bebek ve çocuk izlemleri kayıtları daha iyi tutulmakta ve aksamalara erken müdahale edilmektedir. Yani koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır. Hizmetler sadece kişilerin kendi istek ve başvurularına bırakılmamakta ve takipleri yapılmaktadır.

-Birinci basamak hekimleri için aile hekimliği bir statü kazandırmıştır.

-Hekim için mesleki tatmin yönü eskisine göre çok daha iyidir.

-Çevre sağlığı hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından veriliyor olması iyi olmuştur.

-Ücretler eskisine göre daha iyidir.

10 Aile hekiminin Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili olumsuz görüşleri :

-Nüfusun fazla olması. Hekimin isteği dışında 4000 'in üzerinde hasta atamalarının yapılması verilen hizmetleri olumsuz etkilemektedir.

-Adli ve defin nöbetleri, acil nöbetleri olmamalıdır.

-Sistemin işletme yönünün olması yani hizmet verilen merkezin gelir ve giderinin hekim tarafından yürütülmesi olumsuz etkilemektedir.

-Diğer tüm sağlık alanlarında olduğu gibi sağlık çalışanına uygulanan psikolojik ve fiziksel şiddetin aile hekimliği sistemi içinde de yaşanıyor olması yani güvenliğin sağlanmasında yaşanan sıkıntılar.

-İş yükünün her geçen gün artması.(Kanser taramalarının eklenmesi vb.)

-Sisteme geçildiğinden beri sürekli değişen yönetmelikler ve getirdiği yeni sorumluluklar ve artan iş yükü.

10 Aile Hekiminin Sağlık Ocakları ile ilgili olumlu görüşleri şöyledir:

-Çevre sağlığını da içine alan entegre birinci basamak hekimliği idi.

-Çalışılan sağlık ocağında mekan ve çalışanlarla ilgili olarak ücretle işimiz yoktu, yani işletmecilik yönü yoktu. Giderler Devlet tarafından karşılanıyordu. Ayrıca bu nedenle hekimler arasında da işletmecilikten kaynaklanan sorunlar yaşanmıyordu.

10 Aile Hekiminin Sağlık Ocakları ile ilgili olumsuz görüşleri şöyledir:

-Sağlık ocağı ve sağlık ocağı hekimi değersizleştirilmişti, sadece halk açısından değil ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimler tarafından da hor görülüyordu.

-Çalışılan sağlık ocaklarının birçoğunun fizik koşulları çok kötüydü.

-Nüfusa göre sağlık ocağı sayısı çok azdı.

-Çalışan pratisyen hekim ve personelin çok değişik çalışma alanlarına ya da farklı birinci basamak kurumlarına, il içinde veya il dışında sık sık geçici görevlendirilmeleri olmakta idi.

-Mesleki tatmin yönü kötüydü.

-Ücretler uzun yıllar çok kötüydü.

10 Aile Hekiminin Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili önerileri aşağıdadır:

-Aile hekimine bağlı nüfus en fazla 3000 olacak şekilde azaltılmalıdır.

-Verilen poliklinik sayıları daha aza indirilerek koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılabilmelidir. Bu nedenle poliklinik hizmetleri sadece randevuyla verilmelidir.

-Acil, adli ve defin nöbetleri aile hekiminin üzerinden alınmalıdır. Aile hekimine kendi kurumunda ve görevleri dışında bu tür angaryalar yüklenmemelidir aile hekiminin asıl işinin koruyucu sağlık hizmetleri olduğu unutulmamalıdır.

-Aşı ve takiplerini aksatan hekime negatif performans uygulandığı gibi bunları bilerek ve isteyerek aksatan halka da bir yaptırım olmalıdır. Hekim dedektiflik yapmak zorunda kalmamalıdır.

-Kişiler hekimini nasıl özgürce seçebiliyor ve 3 ayda bir değiştirebiliyorsa hekim de hastasını sorun yaşadığında rahatça değiştirebilmelidir.

-Aile hekimliği sisteminin işletmecilik yönü olmayıp cari giderler doğrudan Devlet tarafından karşılanmalıdır.

-Sürekli değişen yönetmelikler yerine Aile Hekimliği Yasası netleşmeli, ücret yönetmeliği de sürekli değişmemeli ve bir karara bağlanmalıdır.

5. TARTIŞMA

2010 yılının sonu itibariyle Aile Hekimliği Sistemine geçildiğinden beri 224 Sayılı yasanın uygulandığı yıllardaki Sağlık Ocağı hizmetleri ile şimdiki Aile Hekimliği hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleri sıkça tartışılmaktadır. Sağlık ocağı hizmetleri ile ilgili değişik yıllarda hasta memnuniyetini de içeren çalışmalar yapılmış olmakla birlikte Aile Hekimliği Sistemine geçilen bu üç yıl içinde aile hekimliği ile ilgili bazı araştırmalarda yapılmış olmasına rağmen, aile hekimliği birimlerinin verdiği hizmetleri halkın bilme, yararlanma ve memnuniyet durumlarını araştıran bir çalışmaya literatür taramasında rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma bu konuda yapılmış ilk çalışmadır. Bu çalışmanın en önemli bulgusu Aile Hekimliği Birimlerinin verdiği koruyucu hekimlik hizmetlerinin halk tarafından yeterince bilinmediği buna karşılık tedavi edici hizmetlerin daha fazla bilinen, yararlanılan ve memnun olunan hizmetler olduğudur.

Araştırmada kullanılan anketlerin uygulanması sırasında bireylerin Aile Hekimliği Birimlerinin verdiği bazı koruyucu hizmetleri bilmediklerini fark etmesi ve bunları öğrenmesi, çalışmanın getirdiği ek bir fayda olmuştur.

Bu çalışmada genel olarak aile hekimine başvuran, hizmet alan kişilerin hizmetleri bilmesi, yararlanması ve memnuniyetinin verilen hizmete göre değiştiği saptanmıştır. Muayene teşhis tedavi, enjeksiyon pansuman yara bakımı, acil hizmetler en yüksek oranda memnun olunan hizmetler iken(%99,7-%98,7), ücretsiz laboratuvar hizmetleri bunları takip etmektedir. Buna karşılık bağışıklama hizmetleri (%82,8) olmakla birlikte bu hizmetlerin %95'e yakın olması istenirdi. En az bilinen hizmetlerin ise verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması, kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması ve askerlik muayenesi olduğu saptanmıştır. Yıllık periyodik muayene yapılması gerekliliğini bilenlerin oranı %41 idi. Bu oran aile hekimlerinin nüfuslarını bu konuda bilgilendirmeleri gerektiğini göstermektedir. Fakat periyodik muayene oranlarının düşük olmasında hekim başına düşen kayıtlı nüfusun fazla olmasının da payı olabileceği düşünülmektedir.

Demografik Özellikler

Bu çalışmada araştırmaya katılan kişilerin 302'si(%76) kadın ve 98'i (%24) erkektir. Sağlık alanında yapılan çalışmalarda kadınların sağlık kuruluşlarına başvuru oranı erkeklerden yüksek bulunmaktadır. Çetinkaya F. ve arkadaşlarının çalışmalarında; Araştırma grubunun yaş ortalaması $41,9 \pm 14,3$ olup % 46,4'ü erkektir. Yine aynı çalışmada aile bireylerinin başvuruları değerlendirildiğinde başvuru oranı kadınlarda, yaşlılarda ve çocuklarda yüksek bulunmuştur (40). Aile hekimine başvuru oranı cinsiyete ve yaş gruplarına göre istatistiki açıdan anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. ($p < 0.05$). Kadınlar erkeklerden daha fazla oranda aile hekimine başvurmaktadırlar. Aile hekimine başvuru oranı 15-24 ve 25-44 yaş grubunda anlamlı ölçüde düşük, 1-6 ve 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında yüksektir(40). Bu tez çalışmasında 18 yaş ve üzeri nüfusta muayene teşhis ve tedaviden yararlanmada yaş grupları arasındaki istatistiksel anlamlılığa bakıldığında yaş ilerledikçe hizmetlerden yararlanmanın arttığı saptanmıştır. 18-37 yaşta hizmetten yararlananlar % 93, 38-57 yaş grubunda %98, 58 yaş ve üstünde % 100 olarak saptanmıştır.

Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğünün 2011 yılı çalışmasında demografik bulgulara bakıldığında; Yaş ortalamalarına bakıldığında;

Aile hekimliği eski (AHE) illerde Kadın $38,8 \pm 13,5$, erkek $44,3 \pm 16,5$

Aile hekimliği yeni (AHY) illerde Kadın $36,5 \pm 13,3$, erkek $41,5 \pm 16,1$ olarak saptanmış.(41)

Cinsiyet ve eğitim durumları incelendiğinde; AHE' lerde katılımcıların %49,4'ü kadın, %50,6'sı erkek. %6,5'i okuryazar değil %58,1'i ilk-ortaokul, %22,8'i lise, %12,6'sı üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahipler. AHY' lerde katılımcıların %49,8'i kadın, %50,2'si erkek. %12,8'i okur-yazar değil, %53,8'i ilk-ortaokul, %21,4'ü lise ve %12,1'i üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip.(41)

Çalışmamızda 18-37 yaş arası grupta en çok bilinen hizmetler sırasıyla, muayene teşhis ve tedavi, hasta kayıtlarının tutulması, enjeksiyon pansuman ve acil hizmetleri, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, gebe takibi ve aşılması hizmetleridir. 58 ve üstü yaşta ise, muayene teşhis ve tedavisi, hasta kayıtlarının tutulması, enjeksiyon pansuman ve acil hizmetleri, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması için bilgilendirme ve danışmanlık, bebek ve çocukların aşılmasıdır. 18-37 yaş arası grupta

en çok yararlanılan hizmetler sırasıyla, hasta kayıtlarının tutulması, muayene teşhis ve tedavi, enjeksiyon pansuman ve acil hizmetleri, bebek ve çocukların aşılınması, ücretsiz laboratuvar hizmetleridir. 58 ve üstü yaşta ise, muayene teşhis ve tedavisi, hasta kayıtlarının tutulması, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, hastaların sevk ve takibi, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması için bilgilendirme ve danışmanlık, bebek ve çocukların aşılınmasıdır. 18-37 yaş arası grupta en çok memnun olunan hizmetler, hasta kayıtlarının tutulması, muayene teşhis ve tedavi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, hastaların sevk ve takibi, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, acil hizmetleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri, kanser taraması için bilgilendirme ve danışmanlık, bebek ve çocukların aşılınmasıdır. 58 ve üstü yaşta ise memnuniyete bakıldığında, hasta kayıtlarının tutulması, muayene teşhis ve tedavi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, hastaların sevk ve takibi, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, acil hizmetleri, kanser taraması için bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleridir.

Grubun ortalama çocuk sayısı $2,31 \pm 1,94$, grubun ortalama hane halkı sayısı $4,39 \pm 2,11$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına baktığımızda kadınların %89'u evli, %6'sı bekar, %5'i duldur. Erkeklerin %80'i evli, %17'i bekar, %3'ü duldur. Hizmetleri bilme, yararlanma ve memnuniyet durumu evlilerde bekarlara göre daha yüksektir. Evlilerde muayene teşhis ve tedaviden ve ücretsiz laboratuvar hizmetlerinden yararlanma %98, dul ve boşanmışlarda % 100 iken, bekarlarda bu oranın oldukça düşük olduğu %67 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda evli olanların, bekarlara göre hizmetleri daha fazla biliyor, yararlanıyor ve memnun oldukları saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına baktığımızda kadınların %67, si ilk öğretim altı, %15'i ilk öğretim, %16'ı lise, %2'i üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. Erkeklerin %60'ı ilk öğretim altı, %14'ü ilk öğretim, %21'i lise, %5'i üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. Muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerini, ücretsiz laboratuvar hizmetlerini, kanser tarama ve danışmanlık hizmetlerini, acil hizmetler ve enjeksiyon, pansuman hizmetlerini bilme durumu eğitim durumuna göre çok fazla değişmezken, yararlanma durumunun ilköğretim altında diğer gruplara göre istatistik anlamlılık verecek derecede fazla olduğu saptanmıştır. Memnuniyet durumu eğitim ile karşılaştırıldığında yine ilköğretim ve altı eğitimli olanlar hizmetlerden

istatistik anlamlılık verecek derecede daha fazla memnun bulunmuştur. Bu da yine hizmetlerden daha fazla yararlanmış oldukları için şeklinde yorumlanmıştır.

Hıfzısıha Mektebi Müdürlüğünün 2010 yılı çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin düştüğü saptanmıştır.(42) 2011 yılı çalışmasında ise Kırsal bölgede hem AHE hem de AHY olan illerde, eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş. Kentsel bölgede ise hem AHE hem de AHY olan illerde, eğitim düzeyi arttıkça hasta memnuniyetinin azaldığı tespit edilmiş.(41)

Çalışmamızda sunulan tüm sağlık hizmetlerinde ilköğretim altı grubun, lise ve üstü eğitim seviyesine sahip gruba göre daha memnun olduğu saptanmıştır. Bazı hizmetlerde ise ilköğretim mezunu grup, ilköğretim altı gruba göre daha memnun fakat bu alanlardaki memnuniyet daha sonraki lise ve üstü eğitim seviyesinde düşmektedir. Bu nedenle çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin düştüğünü ifade edemeyiz. EUROPEP anket sonuçlarımıza göre eğitim ile memnuniyet arasında istatistik olarak anlamlı bir fark yoktur.

Hizmetleri bilmede eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerini ilköğretim grubu, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması ve danışmanlık hizmetleri, hastaların sevk ve takibi hizmetleri ilköğretim altı grupta, askerlik muayenesi hizmetleri ise ilköğretim üstü grupta daha fazla bilinmektedir. İlköğretim altı grup muayene teşhis ve tedavi ve ücretsiz laboratuvar hizmetlerinden daha fazla yararlanmakta, diğer gruplarda hizmetlerden yararlanma konusunda hiçbir fark yoktur. Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi hizmetlerinden de ilköğretim üstü grup daha fazla yararlanmaktadır. İlköğretim altı grup hizmetlerden daha fazla yararlanmakta ve daha fazla memnundur.

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına bakıldığında kadınların %70'i asgari ücret ve altı, %30'u asgari ücretle- 3000 TL. arasında, erkeklerin %64'ü asgari ücret ve altı, %32'i asgari ücretle- 3000 TL arasında, %4'ü 3000TL ve üstü gelir seviyesine sahip oldukları görülmüştür. Ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık, acil hizmetlerinden asgari ücret ve altında olanların diğer gruplardan istatistik anlamlılık verecek düzeyde fazla yararlandıkları ve memnun oldukları saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumlarına göre bilme durumlarına baktığımızda, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri düşük gelir durumunda daha fazla biliniyor. Evde bakım hizmetleri düşük ve orta gelir durumunda, kişiye ve çevreye yönelik bulaşıcı hastalıklara yönelik gerekli önlemlerin alınması hizmetleri yüksek gelir grubunda daha fazla bilinmektedir. Yararlanma durumlarına baktığımızda bebek ve çocuk izlemleri, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması ve danışmanlık hizmetleri, acil hizmetleri, sevk ve takibi hizmetlerinden düşük ve orta gelir grubu daha fazla yararlanmaktadır. Memnuniyet durumuna baktığımızda ise ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması ve danışmanlık hizmetleri, acil hizmetleri, sevk ve takibi hizmetlerinden düşük ve orta gelir grubun daha memnun olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların meslekleri sorulduğunda, kadınların%5'i işçi, %1'i memur, %4'ü öğrenci, %87'i ev hanımı, %3'ünün emekli, oldukları öğrenilmiştir. Erkeklerin %53'i işçi, %8'i memur, %3'ü öğrenci, %33'ü emekli, %3'ünün işsiz oldukları görülmüştür. İşçi, memur ve öğrenci, yani çalışanlar bir grup olarak gruplandığında bu grubun ev hanımı, emekli, işsiz olan yani çalışmayan gruba göre hizmetleri hem bilme, hem de yararlanma ve memnuniyet durumlarının daha düşük olduğu tüm hizmet gruplarında tek tek görülmektedir

Katılımcıların %42,8'inde bildikleri kronik hastalık saptanmıştır. %16,3'ünde hipertansiyon, %8,3'ünde koroner kalp hastalığı, %10,3'ünde diabetes mellitus, %5,0'inde astım, %0,5'inde KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı), %5,3'ünde alerji, %5,5'inde obezite, olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olanların diğerlerine göre hizmetleri biraz daha fazla biliyor, yararlanıyor ve memnun oldukları anlaşılmıştır.

Katılımcıların %32,3'ünde diş sorunu, %20,5'inde görme sorunu, %8,0'ında işitme sorunu olduğu görülmüştür. Diş şikayetleri olan 131 kişinin %35,9'u Devlet Hastanesine, %1,5'i Üniversite Hastanesine, %62,6'ı Özel Sağlık kurumuna başvurmuştur. Görme şikayetleri olan 164 kişinin %69,5'i Devlet Hastanesine, %30,5'i Özel Sağlık kurumuna başvurmuştur. İşitme şikayetleri olan 34 kişinin %67,6'ı Devlet Hastanesine, %5,9'u Üniversite Hastanesine, %26,5'i ise Özel Sağlık kurumuna başvurmuştur. Sonuç olarak bireyler diş, görme ve işitme sorunlarını ilk basamakta çözememekte, diş sorunlarını çözmek için büyük oranda özel kurumlara başvurmakta, görme ve işitme sorunları için ise büyük oranda devlet hastanesine başvurumaktadırlar. Özellikle diş sağlığı hizmetlerinin ilk basamak hizmetleri içine

entegre edilmesi bireylerin ağız diş sağlığını korumak ve geliştirmek açısından önemli olacaktır. Çıkan sonuçlara göre Kulak Burun Boğaz ve Göz uzmanlarına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu uzmanların kontenjanlarının artırılması sistemi rahatlatacaktır.

Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi

Aile hekimliği hizmetlerinin genel olarak katılımcılar tarafından bilinme durumuna bakıldığında en çok bilinen hizmetin muayene teşhis ve tedavi olduğu, daha sonra sırasıyla enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, hasta kayıtlarının tutulması, acil hizmetler, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, gebe takibi, bebeklik ve çocukluk çağı aşılması ve erişkin aşılması olduğu görülmektedir. Yararlanma durumlarına bakıldığında ise en çok yararlanılan hizmetler sırasıyla, hasta kayıtlarının tutulması, muayene teşhis ve tedavisi ,tedavisi yapılamayan hastaların sevk ve takibi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, bebeklik ve çocukluk çağı aşılama hizmetleri, acil hizmetler, kanser tarama ve danışmanlık hizmetleri ve yetişkin aşılama hizmetleri şeklindedir. Katılımcıların memnuniyet durumlarına bakıldığında en çok memnun olunan hizmet hasta kayıtlarının tutulması, daha sonra sırasıyla muayene teşhis ve tedavisi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, tedavisi yapılamayan hastaların sevk ve takibi, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, acil hizmetler, kanser tarama ve danışmanlık hizmetleri, yetişkin aşılama hizmetleri, bebeklik ve çocukluk çağı aşılama hizmetleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri şeklindedir.

Katılımcılar tarafından en az bilinen, en az yararlanılan ve en az memnuniyetin olduğu hizmetlerin verem hastalarının direk gözetimli tedavisi olduğu saptanmıştır.

Aile Hekimliği hizmetlerinden kadınlarda en çok bilinenler sıklık sırasına göre Muayene, teşhis ve tedavi %99,7, Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı %98,7, Acil hizmetleri %98,7, Hasta kayıtlarının tutulması %98,3, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %94,4, Hastaların sevk ve takibi %94,4, Gebe takipleri %83,4, Yetişkinlerin aşılması %82,8, Gebelerin aşılması %82,8, Bebek ve çocukların aşılması % 82,1, Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık %81,1, Bebek ve çocuk izlemleri %77,2, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri %76,2, Loğusa takipleri %73,2, Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi %71,5, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi % 68,5, Yeni doğanlarda tarama testi %66,9, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi %62,3, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %58,6, Yıllık periyodik muayene yapılması %41,4, Evlilik

öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi %29,8, Askerlik muayenesi %8,3, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %5,6, Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması %5,3.

Aile Hekimliği hizmetlerinden kadınlarda en çok kullanılanlar sıklık sırasına göre Hasta kayıtlarının tutulması %97,4, Muayene, teşhis ve tedavi %97,0 Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı % 91,4, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %90,1, Hastaların sevki ve takibi %89,7, Bebek ve çocukların aşılınması % 82,1, Acil hizmetleri %81,1, Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık % 78,5, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri %67,9, Yetişkinlerin aşılınması %64,2, Bebek ve çocuk izlemleri %61,6, Gebe takipleri % 54,0, Gebelerin aşılınması %53,6, Gebelere ücretsiz demir ve D vit. verilmesi %53,3, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi %52,6 , Yeni doğanlarda tarama testi %51,0, Loğusa takipleri %47,0 , Yıllık periyodik muayene yapılması %47,0, Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi %16,9, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi %8,6, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %8,6, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %4,6 Askerlik muayenesi %2,2, Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması %2,0 .

Aile hekimliği hizmetlerinden kadınlarda en çok memnun olunan hizmetler sıklık sırasına göre Hasta kayıtlarının tutulması % 97,4, Muayene, teşhis ve tedavi %92,4, Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı %91,4, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %90,1, Hastaların sevki ve takibi %89,4, Acil hizmetleri % 81,1, Kanser tarama için bilgilendirme ve danışmanlık % 78,5, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri %68,2, Yetişkinlerin aşılınması %64,2, Bebek ve çocukların aşılınması % 62,3, Yeni doğanlarda tarama testi %51,0, Bebek ve çocuk izlemleri %60,9, Gebe takipleri %53,6, Gebelerin aşılınması %53,6, Gebelere ücretsiz demir ve D vit. verilmesi % 53,3, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi %53,0, Loğusa takipleri % 46,7, Yıllık periyodik muayene yapılması %39,1, Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi % 17,2, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi % 8,6, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %8,3, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %4,3, Askerlik muayenesi %2,0, Verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulanması % 2,0.

Aile Hekimliği hizmetlerinden erkeklerde en çok bilinenler sıklık sırasına göre Muayene, teşhis ve tedavi %99,0, Hasta kayıtlarının tutulması %94,9, Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı %94,9, Acil hizmetleri %91,8, Hastaların sevki ve takibi %79,6, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %73,5, Bebek ve çocukların aşılınması %61,2, Gebe takipleri %60,2, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi %60,2, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %56,1, Bebek ve çocuk izlemleri %55,1, Yetişkinlerin aşılınması %55,1, Gebelerin aşılınması %52,0, Kanseri tarama için bilgilendirme ve danışmanlık % 36,7, Yeni doğanlarda tarama testi %34,7, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi %34,7, Yıllık periyodik muayene yapılması %32,7, Loğusa takipleri %31,6 , Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi %29,6, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri % 21,4, Askerlik muayenesi %19,4, Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi %17,3, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %5,1, Verem hastalarına direkt gözetimli ilaç tedavisi uygulanması %4,1 .

Aile Hekimliği hizmetlerinden erkeklerde en çok kullanılanlar sıklık sırasına Hasta kayıtlarının tutulması %91,8, Muayene, teşhis ve tedavi %88,8, Hastaların sevki ve takibi %72,4, Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı %71,4, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %66,3, Bebek ve çocukların aşılınması %61,2, Acil hizmetleri %51,0, Yetişkinlerin aşılınması %38,8, Bebek ve çocuk izlemleri %37,8, Yıllık periyodik muayene yapılması %34,7, Kanseri tarama için bilgilendirme ve danışmanlık %31,6, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi %29,6, Yeni doğanlarda tarama testi %27,6, Gebe takipleri %25,5, Gebelerin aşılınması %24,5, Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi %22,4, Loğusa takipleri %18,4, Askerlik muayenesi % 12,5, Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi %9,2, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri %8,2, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi %6,1, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %6,1, Verem hastalarına direkt gözetimli ilaç tedavisi uygulanması %2, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %2,0 .

Aile hekimliği hizmetlerinden erkeklerde en çok memnun olunan hizmetler sıklık sırasına göre Hasta kayıtlarının tutulması %91,8, Muayene, teşhis ve tedavi %84,7, Enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı %71,4, Hastaların sevki ve takibi %71,4, Ücretsiz laboratuvar hizmetleri verilmesi %66,3, Acil hizmetleri % 51,0, Bebek ve

çocukların aşılınması %38,8, Yetişkinlerin aşılınması % 38,8, Bebek ve çocuk izlemleri %37,8, Kanseri tarama için bilgilendirme ve danışmanlık %31,6, Yıllık periyodik muayene yapılması %30,6, Bebeklere ücretsiz D vit.ve demir verilmesi %29,6, Yeni doğanlarda tarama testi %27,6, Gebe takipleri %24,5, Gebelerin aşılınması % 24,5, Gebelere ücretsiz demir ve D vit.verilmesi %22,4, Loğusa takipleri %18,4, Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi %9,2, Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri %8,2, Askerlik muayenesi %7,1, Engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi %5,1, Evde bakım hizmeti gerekenler için gerekli organizasyonun yapılması %5,1, Kişiyi ve çevreyi ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar için gerekli önlemlerin alınması %2,0, Verem hastalarına direkt gözetimli ilaç tedavisi uygulanması %1,0 .

Muayene teşhis ve tedavi, yıllık periyodik muayenelerin yapılması, hasta kayıtlarının tutulması, verem hastalarının direkt gözetimli tedavisi hizmetlerinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktur. Buna karşılık yeni doğan ve bebeklerle ilgili hizmetler, aşılama hizmetleri, gebe ve lohusalara verilen hizmetler, evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi ve aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri, ücretsiz laboratuvar hizmetleri, kanser taraması ve danışmanlık hizmetleri, acil hizmetler, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, hastaların sevk ve takibi hizmetleri kadınlar tarafından erkeklere göre daha fazla bilinmektedir.

Askerlik muayenesi hizmetleri ise erkeklerde kadınlardan daha fazla bilinmektedir.

EUROPEP Anketi

EUROPEP ölçeği 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkanı vermektedir.(43)

EUROPEP anketi halen 25 Avrupa ülkesinde (Avusturya, Belçika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İsrail, İtalya, Letonya, Litvanya, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, İngiltere, Türkiye) kullanılmaktadır.(44)

Avrupa ülkelerinde EUROPEP anketi kullanılarak yapılan çalışmalara birkaç tane örnek vererek ülkelerdeki yıllar içindeki değişimleri de incelemek mümkündür.

Grol ve arkadaşlarının 8 ülkede yaptığı çalışmada; ülkelerdeki uygulanacak sağlık hizmetleri modelinde kültürel farklılıklar ve hastaların beklentilerinin etkili olduğu fakat bazı faktörlerin ülkeler arasında değişiklik göstermediği belirtilmiştir. 8 ülkede (İngiltere, Norveç, İsveç, Danimarka, Hollanda, Almanya, Portekiz ve İsrail'de) EUROPEP anketi kullanılarak yapılan bu çalışmada; özellikle doktor-hasta iletişimi ve hizmetlerin erişilebilirliği gibi, faktörlerin birçok ülkede memnuniyeti etkileyen ortak faktörler olduğu saptanmıştır.(45)

Grol ve arkadaşlarının diğer bir çalışmasında; farklı Avrupa ülkelerindeki hastaların aile hekimliği ile ilgili görüşleri karşılaştırılmıştır.(46) EUROPEP anketi kullanılarak yapılan çalışmada; 10 farklı ülkenin değerlendirilmesinde anketteki 23 soruya verilen iyi ve çok iyilerin ortalaması %80'in üstünde bulunmuştur. Genel olarak "hastaların dinlenmesi", "hasta kayıtlarının gizliliği" ve "acil sorunlar durumunda hızlı hizmet sunulmasını içeren sorular" olumlu değerlendirilmiş. "Bekleme salonunda geçirilen zaman", "telefonla ulaşma" ve "koruyucu sağlık hizmetleri" açısından göreceli olarak negatif bulunmuştur. Bu tez çalışmasında benzer şekilde hastaların dinlenmesinde memnuniyet %84,3, hasta kayıtlarının ve bilgilerinin gizliliği % 84,3, acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 76,0 bulunmuştur. Bekleme salonunda geçirilen zaman % 76,0, hekime telefonla ulaşma % 73,8, koruyucu sağlık hizmetleri % 82,5 olarak saptanmıştır. Bu iki çalışma karşılaştırıldığında Grol'un çalışmasında acil hizmetlerden memnuniyet daha yüksek iken, bu tez çalışmasında koruyucu sağlık hizmetlerinden memnuniyet daha yüksek bulunmuştur. Farklı ülkelerdeki değerlendirmelerde bazı ilginç farklılıklar olmasına rağmen, büyük ölçüde benzer bulunmuştur. Ayrıca yaşlılarda EUROPEP memnuniyetinin daha pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Buna karşılık bu tez çalışmasında EUROPEP memnuniyeti yaş ile değişmiyordu. Ükelere bakıldığında; İsviçre, Almanya, Belçika'da memnuniyet daha yüksek bulunmuştur. Bu ülkelerde ilk olarak aile hekimine başvurmadan da uzmana başvurulabiliyor, yani aile hekiminin sevk etmesi zorunlu değil. Buna karşılık İngiltere, İskandinav ülkelerinde memnuniyet biraz daha düşük. İngiltere koruyucu hizmetlerden İskandinav ülkelerine göre biraz daha memnun bulunmuştur.(46)

Hastanın bilgilendirilmesi ile ilgili memnuniyet, İngiltere ve Hollanda da daha yüksek iken, hekim dışı personelin yardımı Norveç ve Danimarka daha iyi bulunmuştur.(46)

Şikayetlerin çabuk geçirilmesi Slovenya daha iyi, randevu alabilme ve telefonla ulaşabilme İsviçre, Almanya ve Belçika'da daha iyi bulunmuştur. Göreceli negatif olanlar ise;

Soru 1(Hastalar için ayrılan süre), Norveç ve Danimarka'da

Soru 23(Acil durumlarda hızlı müdahale edebilme) İngiltere ve Slovenya'da daha düşük saptanmıştır.

Soru 9 (İşin tam yapılması) konusunda İsviçre'de, ve hastanın özel durumu ile ilgilenilmesi (Soru 2) konusunda Slovenya'da en düşük memnuniyet bulunmuştur (46).

Klingenberg ve arkadaşlarının Avrupa ortak çalışmasının bir parçası olarak Almanya'da yaptıkları çalışmada; Çalışmaya katılanların %95.4'ü aile hekimlerinden memnun olduklarını ve hekimlerini değiştirmek için hiçbir neden olmadığını bildirmişlerdir. Uygulanan EUROPEP anketi sonuçlarına göre; “telefonla genel pratisyenin ofisine ulaşma sorusuna”(soru20) en iyi %73,8, en kötüsü (soru 22) “bekleme salonunda geçirilen süre” sorusuna %31 olarak cevap verilmiş. %53,3 ile soru 17 (sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması) ortalarında, %54,3 ile, soru 16(önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması), %54,6 ile soru 14(sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla baş etmenize yardımcı olması) sonuçları bulunmuştur (47). Bu tez çalışmasında genel olarak bu sorulara memnuniyet Klingenberg ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek bulunmuştur. Tez çalışmasında soru 20(polikliniğe telefonla ulaşma) %74,8, soru 22(bekleme salonunda geçirilen zaman) %76,0, soru 17 (sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması) %81,5, soru 16(önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması) %81,5, soru 14(sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla baş etmenize yardımcı olması) %81,5 olarak bulunmuştur.

Wensing ve arkadaşlarının çalışmasında; Danimarka, Almanya, Hollanda, Norveç, İngiltere, Belçika (Flanders ve Wallonia), İsviçre , Slovenya ve İspanya olmak üzere dokuz Avrupa ülkesinde aile hekimliğinden memnuniyet durumları EUROPEP anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlara bakıldığında; Randevu alabilme

konusunda Almanya %94 ile en memnun, % 62 ile İngiltere en kötü durumda. Ofise telefonla ulaşma %95 ile Almanya'da en yüksek, Norveç'te %56 ile ve Danimarka'da %53 ile en düşük saptanmıştır. Doktora telefonla ulaşma İngiltere'de %51 ile Norveç'te %54 ile en düşük bulunmuştur. Bekleme salonunda bekleme süresi İsviçre'de %79 ile en yüksek, %50 ile İngiltere'de en düşük bulunmuştur. İhtiyaç duyulduğunda acil hizmetlerden yararlanma %98 ile en yüksek İsviçre'de, %71 ile İngiltere'de en düşük saptanmıştır(48)

Slovenya'da 36 aile hekimliği kliniğinde yapılan, Kersnik J.'in çalışmasında hasta memnuniyeti EUROPEP anketi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada ayrıca hasta memnuniyetinin bir göstergesi olarak doktorunun hasta tarafından önerilmesi araştırılmış ve sonuçta katılımcıların %92'si kendi aile hekimlerini arkadaşlarına önerceklerini belirtmişlerdir (49).

Kroneman MW ve arkadaşlarının çalışmasında; 18 ülkede (Portekiz, İtalya, Finlandiya, Danimarka, Norveç, İngiltere, Hollanda, İrlanda, İspanya, Lüksemburg, İsviçre, Avusturya, Almanya, Fransa, Belçika, İzlanda, Yunanistan, İsveç) sağlık hizmetine doğrudan erişim ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki araştırılmıştır.(50) Bu ülkelerden 9'unda (Portekiz, İtalya, Finlandiya, Danimarka, Norveç, İngiltere, Hollanda, İrlanda, İspanya') aile hekiminden sevk sisteminin olduğu, 9'unda ise (Lüksemburg, İsviçre, Avusturya, Almanya, Fransa, Belçika, İzlanda, Yunanistan, İsveç) uzmana aile hekimi sevki şartı aranmaksızın doğrudan erişimin mevcut olduğu saptanmıştır.(50) Sonuçta istedikleri hekime daha kolay ulaşabilenlerde memnuniyetin daha yüksek olduğu bulunmuştur, yani bunların EUROPEP skorları daha yüksektir (50). Türkiye'de de memnuniyetin yüksek olduğu ülkelerde olduğu gibi aile hekiminden sevk zorunluluğu yoktur, sadece aile hekiminin gerekli durumlarda sevkle ilgili bilgilendirme ve yönlendirme yapması söz konusudur. Bu süreçten memnuniyet te bu tez çalışmasında %81,5 olarak bulunmuştur.

Milano M. Ve arkadaşları, diğer Avrupa ülkelerinde kullanılan EUROPEP anketinin İtalya için güvenilirlik ve geçerlik araştırmasını yapmışlar ve sonuçta, İtalya için de güvenilir ve geçerli bulmuşlardır.(51)

Abu Mourad T.ve arkadaşlarının çalışmasında, EURUPEP anketi kullanılarak Filistin'de birinci basamak hizmetlerinde hastaların memnuniyet düzeyi araştırılmıştır. Anket sonuçlarında, memnuniyet % 41,8 olarak bulunmuştur. En düşük performans

“bekleme odasında geçirilen zaman” ve “duygusal sorunları olan hastaya hekim tarafından yardımcı olunması”,” doktora telefonla ulaşma” olarak saptanmıştır (52). Bu sonuçlar, hem diğer ülkelerden hem de bu tez çalışmasından düşüktür, muhtemelen ülkeye özgü sorunlarla ilgilidir.

Heje HN. ve arkadaşlarının Danimarka’da yaptıkları çalışmada hastaların bazı özellikleri ile aile hekimlerinden memnuniyetleri arasındaki ilişki EUROPEP anketi kullanılarak araştırılmıştır. Sonuçta yaş, başvuru sıklığı ve kronik hastalık durumu ile pozitif korelasyon, cinsiyet ile zayıf korelasyon olduğu saptanmış, eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında korelasyon saptanmamıştır (53). Bu tez çalışmasında ise yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Vedsted P. Ve arkadaşları, Danimarka’da EUROPEP anketinin güvenilirliği ve geçerliliği çalışmasını yapmışlardır.(54)

Bjertnaes OA ve arkadaşları Norveç’te EUROPEP anketinin güvenilirlik çalışmasını yapmışlar ve memnuniyeti araştırmışlar, sonuçta;

- 1.Soru (hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi): %56,8
- 2.Soru(Hekimlerin hastaların özel durumları ile ilgilenmesi): %63,7
- 3.Soru (Hekimlerin hastaların sorunlarını söylemesini kolaylaştırması): %66,8
- 4.Soru (Hekimlerin tıbbi bakımlarla ilgili kararlara hastaları dahil etmesi): %58,1
- 5.Soru (Hekimin hastayı dinlemesinin vatandaş tarafından değerlendirilmesi): %68,3
- 6.Soru (Hekimlerin hastanın kayıt ve bilgilerini gizli tutması ile ilgili düşünceler) : %80,8
- 7.Soru (Hekimlerin hastaların şikayetlerini çabuk geçirmesi ile ilgili vatandaş düşünceleri): %54,2
- 8.Soru (Hekimlerin hastanın günlük ihtiyaçlarını görece kadar iyileşmesine yardımcı olması konusundaki görüşleri): %57,4

9.Soru (Hekimlerin işini tam yapmasına ilişkin vatandaş görüşlerinin dağılımı): %54,0

10.Soru (Hekimin hastayı muayene etmesi ile ilgili hasta görüşleri): %48,2

11.Soru (Hekimin koruyucu sağlık hizmetleri vermesi konusunda hastaların düşünceleri): %46,5

12.Soru (Hekimin test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ile ilgili vatandaşın düşünceleri): %56,8

13.Soru (Hekimlerin kendilerine bilgi vermesi konusunda hasta görüşleri): %58,3

14.Sorusunu (Hekimlerin hastanın duygusal sorunlarını çözmedeki yardımlarının değerlendirilmesi): %51,8

15.Soru (Hekimlerin hastanın tavsiyelere uymasının önemini kavraması konusunda yardımcı olması ile ilgili görüşleri): %61,1

16.Soru (Hekimlerin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamasının hastalar tarafından değerlendirilmesi): %50,2

17.Soru (Hekimlerin uzmana ya da hastaneye sevkten beklemesi gerekenler konusunda hastaları hazırlaması ile ilgili değerlendirmeler): %46,3

18.Soru (Hastaların doktor dışı personelin yardımını değerlendirmeleri): %55,8

19.Soru (Hastaların kendilerine uygun zamanlarda randevu alabilme durumunu değerlendirmeleri): %59,2

20.Soru (Hastaların polikliniğe telefonla ulaşabilmeleri): %10,2

21.Soru (hastaların hekime telefonla ulaşabilmeleri): %18,4

22.Soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri): %16,7

23.Soru (hastaların, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması konusunda hekimle ilgili değerlendirmeleri): %57,2 olarak saptanmıştır.(55)

Norveç'te yapılan bu çalışmada katılımcıların bilgi ve kayıt gizliliğini önemsedikleri ve memnun oldukları ve hekimin hastayı dinlemesinden de oran olarak memnun oldukları saptanmıştır. Hastaların polikliniğe telefonla ulaşmalarında sorun olduğu

gözlenmektedir. Bu tez çalışmasıyla karşılaştırıldığında, hekimin hastanın sorunlarını söylemesini kolaylaştırması, kayıt ve bilgilerin gizliliği ve hekimin hastayı dinlemesi bizim çalışmamızda da en memnun olunan hizmetlerdi. Hekime telefonla ulaşabilme de bizim çalışmamızda en düşük memnuniyete sahip hizmet olarak saptanmıştır. Genel olarak ta Bu Norveç çalışmasında memnuniyet düzeyi bizim tez çalışmamızdan düşük bulunmuştur.

Petek D. Ve arkadaşlarının çalışmasında, son on yılda, sağlık sistemlerinde ve birincil bakım uygulamalarında çok şey değiştiği vurgulanmaktadır.(56) Bir kronik hastalığı olan hastaların memnuniyetini değerlendirmek için EUROPEP anketi 2009 yılında kullanılarak, 1998 yılındaki sonuçlar ile karşılaştırılmıştır.(56) Bu çalışmaya katılan ülkeler Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, Slovenya, İsviçre ve İngiltere'dir. Ülkelerin EUROPEP değerlendirilmesine baktığımızda;

Avusturya'da en yüksek olan sorular yani iyi ve çok iyi (4-5) olarak cevaplananlar; ,%94,8 ile 23.soru(acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması) ikinci sırada %94,1 ile 6.soru(kayıt ve bilgilerin gizli tutulması) , üçüncü sırada %92,7 ile 20.soru (muayenehaneye telefonla ulaşma) yer almaktadır. Çalışmada memnuniyet için %87,5 ortalama değer olarak bulunmuştur. %63,9 ile de en düşük iyi ve çok iyi cevapları 22.soru(hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri)da yer almaktadır. Bu sonuçlara bakıldığında ise bizim tez çalışması sonuçlarından memnuniyetlerin daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Ama aşağıda belirtileceği gibi 8 ülkenin ortalama sonuçlarına bakıldığında sonuçların bu tez çalışması sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir.

Belçika'da en yüksek olan sorular yani iyi ve çok iyi (4-5) olarak cevaplananlar; ,%96,1 ile 23.soru(acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması) ikinci sırada %95,4 ile 6.soru(kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), üçüncü sırada 1.soru(hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi) yer almaktadır. 92,0 ile ortalama değer olarak bulunmuş. %73,3 ile de en düşük iyi ve çok iyi cevapları 22.soru(hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri) yer almaktadır.

Fransa'da en yüksek olan sorular yani iyi ve çok iyi (4-5) olarak cevaplananlar; ,%96,6 ile 6.soru(kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), ikinci sırada %91,3 ile 12.soru(Hekimin test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması), üçüncü sırada ise %91,2 ile 16. Soru(Hekimlerin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamasının

değerlendirilmesi) yer almaktadır. Ortalama %88,4 olarak bulunmuş. %70,3 ile de en düşük iyi ve çok iyi cevapları 22.soru(hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri) yer almaktadır.

Almanya’da birinci sırada %95,0 ile 20.soru(muayenehaneye telefonla ulaşma), ikinci sırada %93,4 ile 23.soru(acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması), üçüncü sırada %92,5 ile 18. Soru(doktor dışı personelin yardımının değerlendirilmesi) yer almaktadır. Ortalama değer%84,7 olarak bulunmuş. %66,7 ile de en düşük iyi ve çok iyi cevapları 22.soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri) yer almaktadır.

Hollanda’da birinci sırada %91,9 ile 6.soru (kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), ikinci sırada %89,4 ile 5. Soru(sizi dinlemesi), üçüncü sırada % 88,9 ile 13.soru (şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi) yer almaktadır. Ortalama %83,5 dur. En düşük iyi ve çok iyi cevapları ise %71,2 ile 21. Soru(doktorunuza telefonla ulaşabilme) olarak bulunmuştur.

Slovenya’da birinci sırada %96,6 ile 6. Soru((kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), ikinci sırada %94,0 ile 5. Soru(sizi dinlemesi), üçüncü sırada %92,8 ile 7.soru (şikayetlerinizi çabuk geçirmesi) yer almaktadır. Ortalama %87,9 dur. En düşük olan iyi ve çok iyiler ise % 75,4 ile 22.soru(hastaların bekleme odasında harcadıkları zaman) dır.

İsviçre’de birinci sırada %98,0 ile 23.soru (acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması), ikinci sırada %97,4 ile 19.sor u(size uygun zamanlarda randevu alabilmeniz), üçüncü sırada %6.soru (kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), yer almaktadır. Ortalama değer %93,0 dır.En düşük ise %82,9 ile22.soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri) bulunmuştur.

İngiltere’de birinci sırada %95,1 ile 6.soru (kayıt ve bilgilerin gizli tutulması), ikinci sırada %90,1 ile 5. Soru (sizi dinlemesi), üçüncü sırada % 89,0 ile 3.soru (sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması) yer almaktadır. Ortalama %82,1 dir. En düşük iyi ve çok iyiler ise %65,4 ile 20. Soru (muayenehaneye telefonla ulaşma) dır. Sonuç olarak ülkelerin ortalama değeri %87,4 tür. En yüksek ve en düşük değer %98 ile 63,9 tur.

8 ülkenin ortalamalarına baktığımız da :

1.Soru (hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi): %89,6

- 2.Soru(Hekimlerin hastaların özel durumları ile ilgilenmesi): %87,9
- 3.Soru (Hekimlerin hastaların sorunlarını söylemesini kolaylaştırması): %89,2
- 4.Soru (Hekimlerin tıbbi bakımlarla ilgili kararlara hastaları dahil etmesi): %86,9
- 5.Soru (Hekimin hastayı dinlemesinin vatandaş tarafından değerlendirilmesi): %91,6
- 6.Soru (Hekimlerin hastanın kayıt ve bilgilerini gizli tutması ile ilgili düşünceler): %94,7
- 7.Soru (Hekimlerin hastaların şikayetlerini çabuk geçirmesi ile ilgili vatandaş düşünceleri): %86,5
- 8.Soru (Hekimlerin hastanın günlük ihtiyaçlarını görece kadar iyileşmesine yardımcı olması konusundaki görüşleri): %88,5
- 9.Soru (Hekimlerin işini tam yapmasına ilişkin vatandaş görüşlerinin dağılımı): %89,9
- 10.Soru (Hekimin hastayı muayene etmesi ile ilgili hasta görüşleri): %88,9
- 11.Soru (Hekimin koruyucu sağlık hizmetleri vermesi konusunda hastaların düşünceleri): %86,7
- 12.Soru (Hekimin test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ile ilgili vatandaşın düşünceleri): %89,6
- 13.Soru (Hekimlerin kendilerine bilgi vermesi konusunda hasta görüşleri): %89,1
- 14.Sorusunu (Hekimlerin hastanın duygusal sorunlarını çözmedeki yardımlarının değerlendirilmesi): %83,2
- 15.Soru (Hekimlerin hastanın tavsiyelere uymasının önemini kavraması konusunda yardımcı olması ile ilgili görüşleri): %87,3
- 16.Soru (Hekimlerin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamasının hastalar tarafından değerlendirilmesi): %85,9
- 17.Soru (Hekimlerin uzmana ya da hastaneye sevkten beklemesi gerekenler konusunda hastaları hazırlaması ile ilgili değerlendirmeler): %83,4
- 18.Soru (Hastaların doktor dışı personelin yardımını değerlendirmeleri): %89,9
- 19.Soru (Hastaların kendilerine uygun zamanlarda randevu alabilme durumunu değerlendirmeleri): %88,6

20.Soru (Hastaların polikliniğe telefonla ulaşabilmeleri): %86,3

21.Soru (hastaların hekime telefonla ulaşabilmeleri): %82,7

22.Soru (hastaların bekleme odasında harcadıkları zamanı değerlendirmeleri): %72,1

23.Soru (hastaların, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması konusunda hekimle ilgili değerlendirmeleri): %91,7

Genel olarak, hastaların değerlendirmeleri yıllar içinde karşılaştırıldığında, 1998 ve 2009 yılları arasında aile hekimliği bakımından memnuniyetin çok olumlu yönde değiştiği yorumunda bulunulmuştur (56).

Ali NS. Ve arkadaşlarının çalışmasında Pakistan Karaçi’de EUROPEP anketi kullanılarak aile hekimliği ile ilgili memnuniyet durumu araştırılmıştır. Çalışmaya katılanların %72,3’ü kadın ve % 38 yaş grubu 35-50 olup, EUROPEP üzerinde genel ortalama ölçek puanı skoru (17,4) iken bizim tez çalışmamızda ortalama skor $93,87 \pm 21,32$ olarak bulunmuştur. Ali ve ark. nın çalışmasında erkeklerin puanı daha yüksek olarak saptanırken, bu tez çalışmasında da erkeklerde ortalama skor $90,55 \pm 25,85$ olup, kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Ali ve ark. nın çalışmasında en çok aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirilmesinde üç faktör etkili bulunmuş, bunlar sırasıyla “hastaya dinlemek”, “işini tam yapması” ve uygun bir fiziksel muayene yani “hastanın muayene edilmesi” dir. Memnuniyetin en düşük olduğu durumlar ise, bekleme süresi (%45,6), ve telefonla ulaşma (% 35.5) olarak saptanmıştır. Sonuçta telefonla kolay ulaşabilme ve bekleme sürelerinin azaltılması konusunda aile hekimliği uygulamasında bazı iyileştirmeler yapılması gerekliliği çalışmamızla benzer sonuçlarıdır.(57)

Brando OA. Ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptıkları çalışmada EUROPEP anketi kullanılarak, aile hekimliği hizmetlerinde hasta memnuniyeti araştırılmıştır. Memnuniyet; hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi, tıbbi bakım, bilgi ve destek, süreklilik ve işbirliği ve hizmetlerin organizasyonu olarak beş boyutta ele alınmış ve bunlardan hekim-hasta ilişkisi yüksek, hizmetlerin organizasyonu düşük bulunmuştur. Ayrıca memnuniyetle eğitim düzeyi ve yaş arasında korelasyon saptanmıştır (58). Bu tez çalışmasında eğitim düzeyi ve yaşla memnuniyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Pelletier-Fleury N. ve arkadaşlarının Fransa’da yaptıkları çalışmada; Fransa’da yaşayan İngiliz göçmenlerinin aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri telefonda EUROPEP anketi uygulanarak saptanmıştır.(59) Katılımcılar sağlanan bakımdan genel olarak memnun bulunmuştur. Katılımcıların % 80'den fazlası hizmetleri iyi veya çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Memnuniyetin daha çok doktor-hasta ilişkisi ile ilgili olduğu, hizmetlerin organizasyonunun bazı yönleri nispeten olumsuz değerlendirmeler almıştır. Örneğin, "bekleme odasında bekleme süresi ", ankete katılanların % 40’ında çok kötü olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada memnuniyetin en yüksek olduğu sorular: EUROPEP anketinde, soru 1(görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissettirmesi) (%68,6 ile) en yüksek orana sahip, ikinci sırada 6.soru yani(kayıt ve bilgilerin gizli tutulması) (%63,41) yer almakta, üçüncü sırada 2.soru (sizin özel durumunuzla ilgilenmesi)(%60,10) yer almaktadır.(59) Memnuniyetin en düşük olduğu sorular ise; ilk sırada 22. Soru(bekleme salonunda harcadığınız zaman), ikinci sırada 21.soru(doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz), 3.sırada (uzmana ya da hastaneye sevk konusunda beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması) gelmektedir. Sonuçta Fransa'da İngiliz göçmenlerin görüşleri memnuniyet anlamında olumlu bulunmuştur. Yani İngiliz göçmenler Fransa’nın sağlık sisteminden memnundurlar (59) Bu araştırmada çıkan sonuçlar da yine çalışmamıza benzerdir. Hasta-hekim ilişkisi ile ilgili sorularda memnuniyet daha yüksek, organizasyonla ilgili sorularda daha düşük memnuniyet saptanmıştır.

Al-Sakkak MA. ve arkadaşlarının çalışmasında, Türkiye gibi birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının yeni olduğu bir diğer ülke Suudi Arabistan’da Al-Sakkak ve arkadaşlarının yaptığı bir anket çalışmasında genel memnuniyet %64,2 olarak bulunmuş ve memnuniyetin yaşla arttığı ve eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir.(60) Bu tez çalışmasında ise memnuniyette, EUROPEP anketine göre eğitim, yaş, cinsiyet, meslek ve medeni durumlara göre istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2010 “ çalışmasında EUROPEP anketini kullanarak 81 ilde hasta memnuniyetini değerlendirmişler ve sağlık ocağı sistemiyle bazı karşılaştırmalar yapmışlardır.(42) Çalışma 2010 Haziran ayında yapılmış 81 ilde toplam 34472 hastaya ulaşılmıştır. Her bir sağlık kurumundan en fazla 10 tane olacak şekilde

rastgele seçilen kişilere uygulanmıştır. 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Aile Hekimliği uygulamasının olduğu illeri (35 il) Aile Hekimliği uygulaması olan (AH+) , o tarih itibarı ile aile hekimliği uygulaması olmayan AH(-) 46 ilde ayrı ayrı yapılarak, iki il grubu arasındaki farklılıklar istatistik olarak değerlendirilmiştir. İllerdeki birinci basamak sağlık sisteminin (Aile Hekimliği/Sağlık Ocağı) türü dikkate alınmıştır. Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü'nün bu çalışmasında EUROPEP anketinde her bir soruya alınan cevaplar değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasında da aynı anket karşılaştırma amacıyla kullanılmıştır. Aynı şekilde her soru ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Ancak bu tez çalışmasında, bunun yanında memnuniyeti ölçmek için araştırmacının geliştirdiği farklı bir anket daha uygulanmıştır. Bu ikinci ankette memnuniyeti hizmetleri bilme ve yararlanmaya göre değerlendirmenin daha anlamlı olacağı düşünülerek aile hekimliği hizmetlerine başvuranların bilme ve yararlanma durumları da sorgulanmıştır. Çalışmanın sonunda önemli bulgulardan biri de aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetleri bilenler ile memnuniyet ve yararlananlar ile memnuniyet arasında çok kuvvetli pozitif bir korelasyon olduğunun saptanmasıdır (42).

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011' çalışmasında yine EUROPEP anketini kullanarak 81 ilde hasta memnuniyetini değerlendirmişler. Bu araştırmanın amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun eskiden beri aile hekimliği olan iller(AHE) ve aile hekimliği uygulamasına 2010 Eylül ayı itibarıyla geçilen illerdeki (AHY) hastalar tarafından nasıl algılandığını ve eskiden beri aile hekimliği olan iller(AHE) ile aile hekimliğine yeni geçilen iller(AHY) arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak, soru bazında her iki grup illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların memnuniyet ve memnuniyetsizliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır 2010 yılında yapılmış çalışma ile 2011 çalışması arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırma evrenini Türkiye genelinde 81 ilde yer alan aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Toplam 1513 ASM' de 34.764 hastaya ulaşılmış ve cevaplama oranı %96.01 olmuştur. Anket uygulaması özel bir araştırma firması tarafından tecrübeli anketörlerce yapılmıştır. 2010 yılı yazında yapılan çalışmada anketler, günün değişik saatlerinde her bir aile sağlığı merkezinden en az 10 kişi olacak şekilde tamamen rastgele seçilen kişilere uygulanmıştır.(41)

Araştırmada uluslar arası geçerliliğe sahip EUROPEP anketi ve buna ilave olarak 3 soru eklenerek 26 soruluk anket formu kullanılmıştır.(41)

Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2010 yılı çalışmasında; Memnuniyet aile hekimliği uygulaması bulunan illerde %82,8, aile hekimliği uygulaması bulunmayan illerde ise %80,1 olup, tüm iller için genel memnuniyet ise %81,2 olarak saptanmış. Tez çalışmamızda genel memnuniyet %80,86 olarak bulunmuştur.(42)

Bu iki grup il arasındaki memnuniyet düzeyleri sorudan soruya farklılık göstermektedir. İki il grubu arasındaki memnuniyet düzeyleri açısından en fazla farklılık 21.soruya (Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz) ilişkin bulguda gözlenmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile memnuniyet arasında aynı yönlü doğrusal ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hem aile hekimliği hem de sağlık ocağı sistemindeki illerde tespit edilen sorunların; hekime telefonla ulaşabilme, polikliniğe telefonla ulaşabilme, uygun zamanda randevu alabilme ve bekleme odasında harcanan zaman olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre Türkiye'nin 16 Avrupa ülkesi içinde orta sıralarda (10-14) yer aldığı saptanmıştır. Tez çalışmamızdaki sonuçlar incelendiğinde aynı sorunların halen devam ettiği düşünülebilir çünkü hekime telefonla ulaşabilme, polikliniğe telefonla ulaşabilme, uygun zamanda randevu alabilme ve bekleme odasında harcanan zaman soruları memnuniyetin en düşük olduğu sorular olarak saptanmıştır. Çalışmamızda memnuniyetin en yüksek olduğu soru, hekimin hastanın sorunlarını söylemesini kolaylaştırması, ikinci sırada hekimlerin hastanın kayıt ve bilgilerini gizli tutması ve hastayı dinlemesi, üçüncü sırada hastayı muayene etmesi gelmektedir. Memnuniyetin en düşük olduğu durumlar ise sırasıyla; hekime telefonla ulaşabilme, polikliniğe telefonla ulaşabilme, uygun zamanda randevu alabilme ve bekleme odasında harcanan zaman olarak bulunmuştur. Tez çalışmamızdaki memnuniyet oranlarının AH(-) iller ile AH(+) iller arasında olduğu dikkati çekmektedir.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2010 yılı çalışmasında (42); AH (+) illerde memnuniyetin en yüksek olduğu soruların: “hekimin hastayı dinlemesi, kayıt ve bilgi gizliliği ve hastanın tedavisi ile ilgili kararlara hastayı katması; en düşük memnuniyetin ise “bekleme salonunda geçirilen zaman, hekime ve muayenehaneye telefonla ulaşma” olduğu saptanmış. AH(-) illerde ise memnuniyetin en yüksek olduğu soruların: “kayıt

ve bilgi gizliliği, hekimin hastayı dinlemesi, ve hekimin hastayı muayene etmesi” olarak saptanmıştır. Yine bu illerde en düşük memnuniyet” hekime telefonla ulaşma, muayenehaneye telefonla ulaşma ve bekleme salonunda geçirilen zaman ”olarak saptanmıştır.(42)

Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü’nün, 2011 yılı çalışmasında; AHE ve AHY iller arasında memnuniyet oranları sorudan soruya farklılık göstermekle birlikte en fazla farklılık 8.soruya(Hekimin günlük ihtiyaçlarınızı görecektik kadar iyi hissetmenize yardımcı olması) ilişkin bulguda gözlenmiş iken en az farklılık ise 22.soruya (Bekleme odasında harcadığınız zaman) ilişkin bulguda gözlenmiştir.(41)

2010 ve 2011 çalışmalarına ait İl bazında Memnuniyet oranlarına baktığımızda İstanbul AH(-) bir İl olup 2010’daki memnuniyet oran %82,73 olarak saptanmıştır. İstanbul, 2011 çalışmasında AHY grubu illerin içinde yer almakta ve memnuniyet oranı %88,96 olarak saptanmıştır.(41) Tez çalışmamızda memnuniyet oranı %80,86 olarak bulunmuştur.

2011 yılı çalışmasında il bazında memnuniyet oranları sıralandığında; en yüksek oran AHE grup illerden olan Isparta’da saptanmış olup (%98,18), ikinci sırada Gümüşhane olup AHE grup illerdendir ve (%97,52), üçüncü sırada Nevşehir yine AHE illerdendir ve oranı %97,5, dir. Sıralamada en düşük memnuniyet (%76,14) ile AHY illerden olan Gaziantep’te bulunmuştur.(41)

AHE olan iller arasında ise en yüksek memnuniyet %98,18 ile Isparta’da, en düşük memnuniyet % 76,68 ile Tunceli’de saptanmıştır.(41)

AHY olan illerde ise en yüksek memnuniyet %94,71 ile Sivas’ta, en düşük memnuniyet ise %80,47 ile Hakkari’de bulunmuştur. İstanbul AHY illerden olup memnuniyet %88,96’dır.(41)

Coğrafi Bölge bazında memnuniyet/ memnuniyetsizlik oranlarına bakıldığında; 2010 yılı çalışmasında en yüksek memnuniyet % 87,99 ile Marmara bölgesinde, en düşük memnuniyet ise %69,24 ile Güney Doğu Anadolu bölgesinde saptanmıştır.(41)

2011 yılı çalışmasında ise en yüksek memnuniyet %91,92 ile Akdeniz Bölgesinde, % 86,57 ile Güney Doğu Anadolu bölgesinde, saptanmıştır. Marmara Bölgesinde ise memnuniyet %90,62 olarak bulunmuştur.(41)

İstanbul’da EUROPEP sorularına göre memnuniyet durumu ekte, tablo1 de gösterilmiştir.(41)

2010 ve 2011 yılları çalışmaları incelendiğinde; memnuniyette en fazla artış; muayenehaneye(aile sağlığı merkezine telefonla ulaşma),(%54,82-%90,91), doktorunuza telefonla ulaşma (% 47,06- %87,43), bekleme odasında harcadığınız zaman(%54,55-%79,49), size uygun zamanlarda randevu alınması (%68,86-%89,64) konularında olmuştur. Memnuniyetteki en az artış ise hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama)(%82,72-%83,14) da olmuştur. Tez çalışmamızdaki koruyucu sağlık hizmetlerindeki memnuniyette bu oranlara yakın olup %82,5 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar bize aile hekimliğinin temelini oluşturan koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin ve hizmetin artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Fakat diğer alanlardaki memnuniyet artışları da oldukça sevindiricidir.(41)

2011 yılı çalışmasında 16 ülke ile soru bazlı uluslararası karşılaştırma yapılmıştır. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğünün verilerine göre hazırlanan bulgular ekte Tablo 2 olarak görülmektedir.(41)

Sonuç olarak EUROPEP ölçeğinin uygulandığı Türkiye ve 16 Avrupa ülkesi (Belçika’da Wallonia ve Flanders bölgeleri ayrı ele alınmıştır) karşılaştırıldığında Türkiye’nin değişik konulardaki sıralamasının 1 ile 14 arasında değiştiği, genel olarak ise 1-8 arasında yer bulduğu belirlenmiştir.(41)

Türkiye’nin dahil olduğu 18 ülkede (Belçika’da Wallonia ve Flanders bölgeleri ayrı ele alınmıştır) yapılan değerlendirmede diğer ülkelerle kıyaslandığında Türkiye için en yüksek memnuniyet sırasının “İşini tam yapması”, ”Sizi muayene etmesi” ve “Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)” sorularında (18 ülke içinde 1’inci sırada), en düşük sıralamanın ise “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” sorusunda(18 ülke içinde 14’üncü sırada) elde edildiği belirlenmiştir. Kıyaslamanın yapıldığı 23 soru içinde Türkiye’nin soruların büyük kısmında ilk sıralarda yer aldığı ve birçok Avrupa ülkesini geride bıraktığı tespit edilmiştir.”Bekleme odasında harcanan zaman” ile ilgili soruda 2010 yılındaki çalışmada Türkiye %69,2 düzeyindeki vatandaş memnuniyeti ile 4’üncü sırada yer alırken bu çalışmada memnuniyet oranı %78,55 ile artmış ve sıralamada da 2’inci sıraya yerleşmiştir.(41)

Memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu konuların; hem AHE hem de AHY olan llerde hekimlerin hastayı dinlemesi(%94,79) ile hekimlerin hastanın sorunlarını söylemesini kolaylaştırması(%93,86) maddelerinde olduğu belirlenmiştir. Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin; hekimlerin hastayı dinlemesinde 3'üncü, hekimlerin hastanın sorunlarını söylemesini kolaylaştırması konusunda da 4'üncü sırada yer alması elde edilen memnuniyet sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Memnuniyet düzeylerinin en düşük olduğu hekime telefonla ulaşabilme(%69,79) ve muayenehaneye (aile sağlığı merkezine) telefonla ulaşabilme(%75,05) konularında Türkiye'nin diğer Avrupa ülkeleri arasında sırayla 11 ve 8'inci sırada bulunması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.(41)

Kişiler tarafından aile hekimliğinin ve özellikle hizmet sorularının yüksek oranlarda memnuniyetle karşılanması, hekimlerin bu sistem içinde görevlerini başarı ile sürdürdüklerinin bir göstergesidir.

Hekime ve aile sağlığı merkezine erişememe gibi sorunların en önemli nedenleri arasında hekim sayısındaki yetersizlik ve hekimlerin mevcut iş yüklerinin yoğunluğu gelmektedir.

Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nün 2010 ve 2011 yıllarında yaptığı "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti " çalışmalarında örneklemin sadece sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerden oluşturması, ilkinde anket konusunda tecrübeli olmalarına rağmen anketörlerin Sağlık Bakanlığı personeli olması yapılan çalışmaların zayıf yönleridir. Bu tez çalışmasının zayıf yönleri ise bu çalışma İstanbul'u temsil eden bir çalışma değildir. Sonuçlar sadece çalışılan bölgeyi temsil etmektedir. Çalışmayı uygulayan kişi bölgede çalışan hekim olması nedeniyle cevaplarda biasa yol açılmış olabilir. Bu tez çalışmasının tartışılan çalışmalara göre üstün yönü ise, hasta memnuniyetini sadece EUROPEP anketi ile ölçmekle yetinmemesidir.

Hasta memnuniyetinin ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin niteliğini ortaya koymada tek başına yeterli olmadığı beraberinde kanıta dayalı bilgilere gereksinim olduğu bazı yazarlar tarafından belirtilmektedir ve aile hekimliği uygulamasının, esas hizmet özelliklerinin değerlendirildiği kapsayıcı çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. (61). Bu tez çalışmasında hizmetlerin tek tek bilinme, yararlanma ve memnuniyet durumlarının sorgulanmasının bu eksiklikleri bir ölçüde gideren bir çalışma olduğu görüşündeyiz.

Çetinkaya F. Ve arkadaşlarının çalışmalarında; amaç yetişkinlerin aile hekimine bakış açılarını ve aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma durumlarını belirlemektir. Bu çalışma Kayseri’de il merkezinde 18 yaş üstünde 485 kişi ile yapılmıştır. Araştırma grubundakilerin aile hekimliği uygulamaları hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğunu düşünenler %50,1, kendisinde ya da aile bireylerinden birisinde sağlık sorunu olduğunda genellikle aile hekimini tercih edenler %49,7dir. Aile bireylerinin başvuruları değerlendirildiğinde başvuru oranı kadınlarda, yaşlılarda ve çocuklarda yüksek bulunmuştur. Kayseri Aile hekimliği uygulamasına 2008 yılında geçmiştir. Bu çalışma 2011 yılı Kasım ayında yapılmıştır. Yaklaşık 3 yıl geçmesine rağmen kişilerin %30,7’inin aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu bu çalışma ile saptanmıştır (40).

Çetinkaya’nın çalışması ve tez çalışmamızda da ortaya çıkan sonuçlar aile hekimlerinin sadece kendisine başvurana değil tüm kayıtlı nüfusuna ulaşarak verdiği hizmetler ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için bilgilendirme yapması ve toplumun bu hizmetleri almasını sağlamak yönünde çalışması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Baltacı ve arkadaşları Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir pilot çalışma yapmışlardır. Çalışma Düzce il merkezinde üç farklı ASM ye başvuran 89 ardışık kişide yapılmıştır. Katılımcıların %71,9’unun şehir merkezinde, %28,1’inin ise ilçe, köy ve kasabalarda yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada EUROPEP anketi uygulanmıştır. Memnun olma durumu (3-4-5) yani (vasat-iyi-çok iyi) olarak değerlendirilmiş, memnun olmama ise(1-2) yani (çok kötü- kötü) olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulguları incelendiğinde; EUROPEP anketindeki 23 soru 5 grupta kategorize edilmiştir.(62)

Birinci kategoride, hasta-hekim ilişkisi, ikinci kategoride tıbbi ve teknik hizmetler, üçüncü kategoride hasta bilgilendirme ve destek, dördüncü kategoride hekime ulaşabilme ve beşinci kategoride ise sağlık hizmetlerinin organize edilmesi gelmektedir. Bu kategorilerdeki sorulara katılımcıların iyi ve çok iyi olarak verdikleri cevaplar incelendiğinde;

1. Kategoride;(**hasta-hekim ilişkisi**)

Soru 1(Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi): %76,5

Soru 2 (Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi): %70,8

Soru 3(Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması): %87,0

Soru 4 (Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması): %73,0

Soru 5 (Sizi dinlemesi): %85,4

2.Kategoride;(**tıbbi ve teknik hizmetler**)

Soru 6(Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması): %84,2

Soru 8(Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi): %73,0

Soru 10(Sizi muayene etmesi): %79,8

Soru 11(Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler): %75,3

3.Kategoride;(**hasta bilgilendirme ve destek**)

Soru 12(Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması): %75,3

Soru 13(Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi): %77,5

Soru 14(Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması):
%60,6

Soru 15(Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması): %75,3

4.Kategoride;(**hekime ulaşabilme**)

Soru 21(Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz): %48,3

Soru 19(Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz):%62,9

Soru 20(Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz): %58,4

5.Kategoride;(**sağlık hizmetlerinin organize edilmesi**)

Soru 22(Bekleme odasında harcadığınız zaman): %73,5

Soru 23(Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması): %73,0

Soru 17(Bir üst basamağa sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması):
%71,9

Soru 16(Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi): %76,4

Soru 18(Doktor dışı personelin yardımı): %75,2

Çalışmada, katılımcıların memnun (vasat- iyi- çok iyi) oldukları değişkenler sırasıyla; “hekimlerin görüşmeler sırasında kendilerini dinlemesi”(%94,4), “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması”(%93,2)’dır. En son değişkenler ise” hastaların hekimlerine telefonla ulaşabilmesi”(%48,7) ve “muayenehaneye telefonla ulaşılabilmesi” % 69,4’dür.(62)

Baltacının çalışmasında elde ettiği bu sonuçlar tez çalışmamıza benzemektedir. Bu çalışmada da bizde olduğu gibi hastanın dinlenmesi, sorunlarının söylenmesinin kolaylaştırılması, kayıt ve bilgi gizliliği hastalar tarafından önemsenmektedir. Fakat organizasyonla ilgili hizmetlerde (hekime ve muayenehaneye telefonla ulaşma, uygun zamanlara randevu alınması) memnuniyet henüz düşük bulunmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in 2013 Yaşam Memnuniyeti Araştırması’nda genel olarak kamu hizmetlerinden memnuniyetler araştırılmış olup, sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003 ile 2013 yılları arasında her yıl değerlendirilmiştir. TÜİK’in bu çalışmasına göre araştırmaya katılan kişilerin 2003 yılında %39,5’i, 2013 yılında %74,7’i sağlık hizmetlerinden memnunlar. Yine bu çalışmaya katılanların 2003 yılında %39,3’ü, 2013 yılında %40,6’ı orta derecede sağlık hizmetlerinden memnunlar. 2003 yılında %21,2’i, 2013 yılında %14,7’nin ise sağlık hizmetlerinden memnun olmadığı saptanmıştır.(63)

TÜİK’in 2013 Genel Yaşam Memnuniyeti araştırmasına sadece haber bülteninden ulaşılmaktadır, araştırmanın ayrıntısı yayınlanmamıştır. Fakat TÜİK’in 2012 Genel Yaşam Memnuniyeti araştırması incelendiğinde ayrıntılı bilgilere ulaşılabilmektedir. Araştırmanın kapsamı; Türkiye sınırları dahilinde bulunan tüm yerleşim yerlerindeki hane halklarıdır. Kurumsal nüfus olarak tanımlanan okul, yurt, otel, çocuk yuvası, huzurevi, hastane ve hapisanede bulunanlar ile kışla ve ordu evlerinde ikamet edenler kapsamamıştır. Ayrıca toplam nüfusun %1’ini geçmeyecek şekilde yeterli (küçük köyler, oba, mezra vb.) örnek hane sayısına ulaşamayacağı düşünülen yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmada örneklem büyüklüğü, Türkiye-toplam, Kır-Kent toplamaları bazında tahminler üretecek şekilde hesaplanmıştır. Örneklem yöntemi 2 aşamalı tabakalı küme örneklemesidir. Birinci aşamada ortalama 100 haneden oluşan kümeler örneğe seçilmiş, ikinci aşamada ise örneğe seçilen kümelerden sistematik seçim yöntemi kullanılarak örnek adresler belirlenmiştir. Kır yerleşim yerlerinden toplam 156 küme, kent yerleşim yerlerinden ise 295 küme olmak

üzere toplam 451 küme örneğe seçilmiştir. Kır yerleşim yerlerinden 1248 hane (her kümeden 8 hane), kent yerleşim yerlerinden ise 3540 hane (her kümeden 12 hane olmak üzere) olmak üzere toplam 4788 hane örneğe seçilmiştir. Bu hanelerden 4069'u ile görüşülmüştür. Araştırmanın örneklem çalışmalarında kullanılan çerçeve 2007 yılında tamamlanan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine altlık oluşturan ve güncellenmiş Ulusal Veri Tabanıdır.(63)

Bireylere, genel olarak sağlıklarından ne kadar memnun oldukları sorulduğunda; memnun ve çok memnun olduğunu belirtenlerin oranı %70,4'tür. Kadınların %2,2' si, erkeklerin %1,2'si genel sağlık durumundan hiç memnun olmadığını ifade etmiştir.(63)

Genel olarak aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun veya çok memnun olduklarını ifade eden bireylerin oranı %74,9 iken, hiç memnun olmadıklarını veya memnun olmadıklarını ifade eden bireylerin oranı ise %12'dir.(63)

Kendi sağlığından çok memnun olanların %1,7'si sağlık hizmetlerinden hiç memnun olmadıklarını beyan etmişler. Kişisel sağlığından hiç memnun olmayanların %56,6'sı ise sağlık hizmetlerinden çok memnun veya memnun olduklarını ifade etmişlerdir.(63)

Kamu hizmetlerinden memnuniyet araştırıldığında; Aile Sağlığı Merkezlerinin hizmetlerinden memnun olduklarını belirtenlerin oranı %77,7, özel muayenehane hizmetlerinden memnun olduklarını belirten bireylerin oranı %57,2 olarak saptanmıştır.(63)

Sağlık Hizmetlerindeki Sorunlar araştırıldığında; Sağlık hizmetleri içerisinde muayene için katkı payı ödenmesi en çok sorun olarak görülen hizmettir(%53,4). En az sorun olarak görülen hizmet, temizlik ve hijyen dir(% 16,6).(63)

Aile sağlığı merkezinden hizmet alanların muayene için katkı payı ödemesinde %52,3, doktor ve personel sayısında %45,4, muayene ve tahlil ücretlerinde %42,0, ilaç fiyatlarında %42,2, muayene ve tahlil için sıra beklemede %31,5, yapılan muayenede %23,0, doktorların hastalarına davranışlarında %16,8, hemşirelerin/hastabakıcıların davranışlarında %15,8, muayene ve tahlil için randevu almada %13,1, temizlik/hijyen de%13,7 oranında sorun gördüklerini belirtmişlerdir.(63)

TÜİK 2012 verilerinden yararlanarak çeşitli sağlık kuruluşlarındaki Sağlık Hizmetlerindeki Sorunlar ekte Tablo 3 de gösterilmektedir.(63)

Tez çalışması sırasındaki kaynak taramalarında İstanbul ilinde yapılmış aile hekimliği memnuniyet çalışmasına rastlanmamıştır.

Hekim Anketleri

Anket uygulanan Aile hekimleri sağlık ocağı hekimliğinde işletmecilik yönünün olmamasını ve çevre sağlığı hizmetlerinin entegre olmasını olumlu yönleri olarak değerlendirirken, çalışılan mekanların fizik koşullarının kötü olması, halk ve diğer meslektaşları tarafından değersizleştirilmeleri, ücretlerin düşük olması ve sağlık ocaklarına bağlı nüfusun sayısının çok fazla olup hekim sayısının yetersiz olması, ve sık sık yaşanan geçici görevlendirilmeleri olumsuz yönleri olarak belirtmişlerdir

Aile hekimleri, her hekimin bir nüfusu olması nedeniyle hizmetin sürekliliğinin olmasını, hastaları birebir tanıyor olmalarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde veriliyor olmasını, kayıtların bilgisayar ve aile hekimliği bilgi sistemi ile çok düzenli bir şekilde tutuluyor olması, mesleki tatmin yönünün eskisine göre daha iyi olmasını, ücretlerin geçmişe göre daha iyi olmasını, fizik koşulları daha iyi mekanlarda çalışılıyor olmasını ve çevre sağlığının Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından veriliyor olmasını Aile Hekimliği sisteminin olumlu yönleri olarak değerlendirmişlerdir.

Aile hekimliği uygulamasının işletmecilik yönünü ve kayıtlı nüfusun fazla olmasını, acil, adli ve defin nöbetlerini olumsuz yönleri olarak ifade etmişler. Kayıtlı nüfusun azaltılması, acil, adli ve defin nöbetlerinin Aile Hekimine verilmemesi, aile sağlığı merkezinin her türlü gelir ve giderinin Devlet tarafından karşılanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve aksatması halinde vatandaşında bir sorumluluğunun olması, hastanın hekimini seçme ve değiştirebilme hakkı olduğu gibi hekiminde hastasını gerektiğinde değiştirebilmesi, poliklinik sayılarının daha az olması ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılabilmesi aile hekimliği sistemi ile ilgili önerileri olmuştur.

Doğan ve arkadaşlarının çalışmalarında amaç, aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık uygulaması hakkındaki düşüncelerini öğrenmek ve bakış açılarını değerlendirmektir. Araştırma Afyonkarahisar’da 15-31 Ocak 2011 tarihleri arasında 30 Aile Sağlığı merkezinde görev yapmakta olan 52 hekim ve 64 aile sağlığı elemanı üzerinde yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların %45,6’ı Aile hekimliği uygulamasını başarılı , %31,1’i başarısız bulurken , %23,3’ü ise hem başarılı hem de başarısız bulmuşlardır. Çalışmada ayrıca “Size göre hasta memnuniyeti arttı mı?”

şeklinde sorulduğunda sağlık personelinin %68'i hasta memnuniyetinin arttığı yönünde görüş bildirmişlerdir.(64)

Başak O. Ve arkadaşlarının çalışmalarında Aydın ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan 320 hekim üzerinde Mart-Mayıs 1998 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekimlerin, sağlık sistemimizin birinci basamağına ve tüm dünyada yaygınlaşan aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemektir. Çalışmada 320 hekimden 178 'i anketi yanıtlamıştır. Çalışmanın sonucunda, hekimlerin %79,1'i ülkemizde sağlık ocakları temelinde gerçekleştirilmiş olan birinci basamak örgütlenmesinin doğru bir yapılanma olduğu, ancak uygulama yanlışları nedeniyle başarılı olamadığı görüşünde bulunmuşlardır. Hekimlerin %72,7'i sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yaşanan sorunların temelinde birinci basamağın iyi işlememesi yattığını, %84,5'i ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması gerektiğini düşünmektedirler. Aile hekimliği/genel pratisyenliğin, genel tıp alanında uygulama yapan bir tıp disiplini olduğu görüşüne hekimlerin %81,6 'ı katılırken, aile hekimliği uygulamasının birinci basamağı güçlendirebileceğini belirtenlerin oranı %82,4'tür. Sonuç olarak; araştırmaya katılan, birinci basamakta çalışan hekimler ülkemiz sağlık hizmetlerinde reform gereksinimini kabul etmekte ve aile hekimliği/genel pratisyenliğin gelişmesini desteklemektedir.(65) Bu tez çalışmasında hekim anketleri uygulanan aile hekimleri, kendileri açısından aile hekimliğinin olumlu yönleri ile birlikte bir takım olumsuzluklarda belirtmiştir. Bu olumsuzlukların giderilmesi durumunda aile hekimliğinin daha iyi işleyeceğini düşünmektedirler.

SONUÇ

Bu tez çalışmasında Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi'nin toplam puan ortalaması 24 üzerinden $11,54 \pm 5,80$ olarak bulunmuştur. EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) anketi toplam puan ortalaması 115 üzerinden, $93,87 \pm 21,32$ dir. Bu çalışma sonucunda çalışmaya katılan bireylerin aile hekimliği hizmetlerinin hepsini tam olarak bilmediği ve bu nedenle de bir kısmından daha düşük oranda yararlandığı saptanmıştır. Daha fazla bilinen hizmetlerden daha fazla yararlanıldığı ve memnun olunduğu görülmüştür. En fazla bilinen ve memnun olunan hizmet muayene ve tedavi hizmetleridir. Oysa aile hekiminin çok sayıda koruyucu hekimlikle ilgili tanımlanmış görevleri vardır. Örneğin bunlardan biri olan periyodik

sağlık taramalarının yapılması %60 oranında bilinmemektedir. Bu tez çalışması İstanbul'daki sadece bir aile sağlığı merkezini temsil etmekle birlikte sonuçları aile hekimlerine, kendilerine bağlı bulunan nüfusa hizmet vermeleri sırasında yol gösterecek önemli ipuçları ortaya koymuştur. Örneğin az bilinen hizmetleri kendine bağlı nüfusa tanıtmak ve bu hizmetlerden de yararlanılmasını sağlamak aile hekimlerinin önem vermesi gereken bir konu olmalıdır. Bu tezde çıkan sonuçlar:

1-En çok bilinen hizmetler (%99,5 - %71,8) :Teşhis ve tedavi, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, kayıtların tutulması, acil hizmetler ve laboratuvar hizmetleri, bağışıklama, gebe takipleri, bebek ve çocuk takipleri.

2-Orta derecede bilinen hizmetler (%70,3 - %58,0): Kanser tarama ve danışmanlık, lohusa takipleri, aile planlaması ve danışmanlık, gebe ve bebeklere D vit verilmesi, yenidoğanlarda tarama testi ve engelli ve yatalak hastalara ev ziyareti düzenlenmesi.

3-Az derecede bilinenler (%39,3 - %5,0) : Yıllık periyodik muayene yapılması, evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verilmesi, askerlik muayenesi, bulaşıcı hastalıklar için önlemler alınması, verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi verilmesi.

EUROPEP toplam puan ortalamasının cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaş, gelir durumu ve mesleğe göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Buna karşılık, Hizmetleri Bilme, Yararlanma ve Memnuniyet Durumu Anketi'nin toplam puan ortalaması cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların, medeni duruma göre değerlendirildiğinde, evliler, dullar ve boşanmışların, yaşa göre bakıldığında gençlerin, gelir durumuna bakıldığında düşük ve orta gelir düzeyinde olanların hizmetlerden daha fazla memnun oldukları saptanmıştır. Düşük eğitilmiş, evli, düşük gelirli grupta, ev hanımlarında ve diğer çalışmayan grupta hizmetleri bilme ve yararlanma durumunun da daha yüksek olduğu saptanmıştır. 18 yaş ve üstü grupta yapılan bu çalışmada, bebek ve çocuk izlemleri, gebe takibi, yenidoğan tarama testleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri 18-37 yaş grubunda, diğer yaş gruplarına göre daha fazla yararlanılan ve memnun olunan hizmetler olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak Aile Hekimlerinin hizmetlerinden düşük sosyo-ekonomik-kültürel grubun daha fazla yararlandığı ve bildikleri ve yararlandıkları hizmetlerden memnun oldukları saptanmıştır. Hizmetlerden memnuniyet durumunun yararlanma ve sosyo-ekonomik-kültürel durumla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda görüldüğü gibi aile hekimliği uygulamasında; hekimler tarafından hastaların dinlenmesi, ayrıca hekimin görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissettirmesi, tıbbi bakımıyla ilgili kararlara hastanın da katılması, yapılan test ve tedavilerin amaçlarının hastaya açıklanması, hastalığı ile ilgili bilgilendirilmesi ve sevk gereken durumlarda hastayı bilgilendirmesi ve yönlendirmesi uygulamanın sağlık hizmetine önemli katkılarından olup, dolayısıyla hasta memnuniyeti üzerinde de etkilidir. Bu yaklaşım ile modern tıp anlayışında biyomedikal modelin yerini giderek biyopsikososyal model alabilir.

Çalışmamızda EUROPEP anket sonuçlarına göre genel bir memnuniyet olmakla birlikte, hastaların telefon ve randevu hizmetlerinden yararlanma konusunda memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum aile hekimine düşen nüfusun fazla olması ve daha önceki sağlık ocağı döneminde telefonla bilgi ve hizmet alma alışkanlığının olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarında da belirttiğimiz gibi sonuçlarımızı tüm ülke için genelletemeyiz. Genel olarak aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyeti gösterebilmek için daha geniş alanda, çok katılımlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

ÖNERİLERİMİZ

Hekime kayıtlı olan nüfusun azaltılması, kayıtlı olunan kişilerin takibe başlanması ve izlenmesi ayrıca da ev ziyaretleri açısından kolaylık sağlayacaktır. Bağışıklama da memnuniyetin %100'e yakın olması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı birlikte bu konuya daha fazla eğilmelidir. Gebe, bebek ve çocuk izlemleri kadar loğusa takiplerine de özen ve itina gösterilmelidir. Hangi nedenle olursa olsun aile hekimine başvuran kişilerin yaşlarına uygun danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1-The World Health Report. Primary Health Care(Now More Than Ever)
Erişim 02.01.2013 , <http://Who.Int/Whr/2008/en/>
- 2.Akman M, Kaptanoğlu A. Dünyada Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı. Erişim 25.09.2013, <http://ahuzem.ybu.tr>
- 3.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği. Türkiye 'de Aile Hekimliği. Erişim 31.07.2013 , <http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com>
4. Fişek N.H. “Halk Sağlığına Giriş ” Nadir Kitap Ankara ;1985
5. Muğla Aile Hekimleri Derneği. Aile Hekimliğinin Tanımı, Özellikleri ve Dünyadaki Gelişimi. Erişim 25.09.2013,
<http://www.muglahed.org/index.php/aile-hekimligi/aile-hekimligi/dunyadaki-gelismisi>
- 6.Aktürk Z, Dağdeviren N.Editörler. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları:Millis Ve Willard Raporları. (İstanbul.2004) Erişim 31.03.2014, <http://www.ailenet/sunum/makaleler/miliswillardZekeriya.pdf>.
- 7.Yaman H. Dünyada Aile Hekimliği. Erişim 26.09.2013, <http://www.ailehekimligi.com.tr>
- 8.İngiltere Sağlık Sistemi. Erişim 16.12.2013, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ingilteresagliksislemi.pdf>
- 9.Dünya’ da Aile Hekimliği Uygulamaları. Erişim 16.12.2013,
www.sgb.gov.tr/politikaanalizi/sagliksektoru/AileHekimligi/UluslararasıUygulama
- 10.Türk Tabipler Birliği. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü ? Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara; 2013
11. Çetin R. İngiltere, Almanya Ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri Ve Sağlık Reformları. Erişim 16.12.2013, <http://www.emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sos>

12. Çağlayan Ç. Polonya Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılanması. *Toplum Ve Hekim Derg.* 2013;**28**(4)243-248
13. Davas A. Sağlık Reformları Ve Slovakya Sağlık Bakanlığı'nda Son 10 Yıldaki Değişim. *Toplum Ve Hekim Dergisi.* 2013;**28**(4)249-255
14. Kurt A.Ö. Romanya Sağlık Sistemi Reformu:1989'dan Geleceği mi?İnşadan Özyıkıma mı? *Toplum Ve Hekim Dergisi.* 2013;**28** (3)225-239
15. Çağlayaner H. Aile Hekimliğine zemin hazırlayan koşullar. *Aile Hekimliği Dergisi* 1997;**1**(2):105-108
16. Eskişehir Tabip Odası Öztekin Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Sorunlar Ve Çözümler. Erişim 26.09.2013, <http://www.ebto.org.tr/index.php?itemid=78&id=>
17. Eyler N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu. (Danışman Prof.Dr.Dilaver Tengilimoğlu) Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara ; 2011
18. Bursa Sağlık Müdürlüğü. Göktaş O. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. Erişim 27.09.2013 , www.bsm.gov.tr
19. Başak O. Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişim Özellikleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi.* 2013 ;**17**(1):29-36
20. Bursa Sağlık Müdürlüğü. Aile Hekimliği Sistemi Pilot Uygulama Süreci Erişim 25.09.2013, www.bsm.gov.tr/sunu/docs/AileHekimligi
21. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun(24/11/2004 tarih ve 25665 sayılı 5258 numaralı R.G.) Erişim 31.03.2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258> sayılı-
22. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (6/7/2005 tarih ve 25867 sayılı R.G.) Erişim 31.03.2014 , <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-38786/h/yonetmelik>
23. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12/08/2005 tarih ve 25904 sayılı R.G.).

Erişim 31.03.2014, <http://www.saglik.gov.tr/TRbelge/1-7286/aile-hekimligi-kapsaminda-saglik-bakan-html>

24. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ve Sözleşme şartları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (25/04/2006 tarih ve 26148 sayılı R.G

Erişim 31.03.2014, <http://www.ism.gov.tr/indir/mevzuat/yonetmelikler.aspx>

25. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (28/07/2006 tarih ve 26242 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014, www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/yon.asp

26. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (05/12/2006 tarih ve 26367 sayılı R.G.).

Erişim 31.03.2014 , www.ism.gov.tr/yonetmelikler.aspx

27. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (24/03/2007 tarih ve 26472 sayılı R.G.).

Erişim 31.03.2014, www.ism.gov.tr/yonetmelikler.aspx

28. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı R.G.).

Erişim 31.03.2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>

29. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ile Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (30/12/2010 tarih ve 27801 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230-12.htm>

30. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (11/03/2011 tarih ve 27871 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014 ,<http://www.amasyasm.gov.tr/sayfa.asp?sayfa> ID=39

31. T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25/01/2013 tarih ve 28539 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014 ,<http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat>

32. T.C.Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Merkezlerinin kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge (26/01/2010 tarih ve 2365 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014, www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerger.pdf

33. T.C.Sağlık Bakanlığı 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname(02.11. 2011 tarih ve 28103 sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm

34. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (7/3/2012 tarih ve 28226 sayılı R.G)

Erişim 31.03.2014, www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15874/yonetmelik.html

35. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge (10.04.2012 tarih ve 1737 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren)

Erişim 31.03.2014, bhs.gov.tr/haberd.php?page=43

36. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlıkları Yönergesi (22.03.2012)

Erişim 31.03.2014, bhs.gov.tr/haberd.php?page=43

37. T.C.Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (18.01.2014 Tarih Ve 6514 /28886 Sayılı R.G.)

Erişim 31.03.2014, eczanehaber.tv/...sayili-saglik-bakanligi-ve-bagli

38. Aktürk Z. Ve Ark. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: EUROPEP Ölçeği *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;**16**(3):153-160

39. Dünya Sağlık Örgütü. Lwanga S.K.Ve Lemeshow S.editörler,
Hayran O. Çeviren. Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi
Pratik El Kitabı (İstanbul ; 1993)
40. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği
Uygulaması İle İlgili Düşünceleri Ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF
Preventive Medicine Bulletin*.2013 ;**12**(4)417-424 www.korhek.org
41. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
Hasta Memnuniyeti, Opus Basımevi, Ankara 2011
42. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
Hasta Memnuniyeti, Opus Basımevi, Ankara 2010
43. Wensing M, Baker R, Vedsted P, Heje H, Klingenberg A, et al. Revised
Europep Instrument and User Manual, EUROPEP 2006, Center for Quality of Care
Research UMC, St Radboud
44. Sans-Corrales M,Pujol—Ribera,Gene-Badia J,Pasarin-Rua MI,Iqlesias-
Perez B,Casajuana-Brunet Family medicine attributes related to satisfaction, health and
costs. *J.Fam Pract*.2006 23(3):308-16
45. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P,
Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. Patients' priorities with respect to
general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient
Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract*. 1999 Feb;16(1):4-11.
46. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl
P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsényi J; Patients in Europe evaluate general
practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations
of General Practice Care (**EUROPEP**). *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):882-7.
47. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsényi J. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 1999
Aug;93(6):437-45. German. How do patients evaluate general practice? German
results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care
(EUROPEP)].

48. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Künzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. . Int J Qual Health Care. 2002 Apr;14(2):111-8.
49. Kersnik J. Patients' recommendation of doctor as an indicator of patient satisfaction. Hong Kong Med J. 2003 Aug;9(4):247-50.
50. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy. 2006 Mar;76(1):72-9. Epub 2005 Jul 1.
51. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, Nicolucci A. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. Eur J Gen Pract. 2007;13(2):92-4.
52. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. J Med Syst. 2007 Dec;31(6):497-503.
53. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. BMC Health Serv Res. 2008 Aug 20;8:178.
54. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Scand J Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. Prim Health Ca 2008;26(3):174-80.
55. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. Fam Pract. 2011 Jun;28(3):342-9
56. Petek D, Künzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice--revisited after 11 years. Int J Qual Health Care. 2011 Dec;23(6):621-8.

57. Ali NS, Khuwaja AK, Kausar S, Nanji K. Patients' evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. *Qual Prim Care*. 2012;20(5):375-83.
58. Brandão AL, Giovanella L, Campos CE. *Cien Saude Colet*. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers]. 2013 Jan;18(1):103-14. Portuguese.
59. Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M. *BMC Health Serv Res*. British residents' views about general practice care in France - a telephone survey. 2013 Jun 18;13:224.
60. Al-Sakkak MA, Al-Nowaiser NA, Al-Khashan HI, Al-Abdrabulnabi AA, Jaber RM. Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. *Saudi Med J*. 2008; 29(3):432-436
61. Eser E. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünün “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti” araştırması hakkında bir değerlendirme yazısı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9(2):123-126
62. Baltacı D, Kara İ.H, Bahçebaşı, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma *Konuralp Tıp Dergisi* 2011;3(2):9-15
63. TÜİK(Türkiye İstatistik Kurumu). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012. Erişim 09.06.2014 , www.tuik.gov.tr
64. Doğan N, Şensoy N, Mardin E.E, Uçur İ, Özbalcı T. Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliğine Bakış Açıları. *Clin Anal Med* 2013; 4(2): 112-115
65. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği : Pratisyen Hekimlerin Yaklaşımları. *Araştırmaz Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2002 ;6(1): 36-41

FORMLAR

EK 1:Gönüllü Olur Ve Gönüllü Onay Formu

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“İstanbul ‘da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Hizmetleri Bilme Ve Yararlanma Durumları İle Memnuniyetlerinin Araştırılması” başlıklı bu araştırma bir anket araştırmasıdır. Aile Hekimliği bölgemizde daha iyi hizmet vermek için planlanmıştır.Yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanacaktır.Ve gönüllülük esasıyla.Yaklaşık 20-25 dakikalık bir ankettir.Hizmet sunumunun iyileştirilmesinde sonuçları Tıp Hizmetlerine büyük katkı sunacaktır.Yaklaşık 400 katılımcıyla görüşülmek suretiyle 1 yıl içinde bitirilecektir.Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz.Katılmadığınız takdirde alacağınız hizmetlerde olumsuz hiçbir değişiklik olmayacaktır.Olumlu ve ya olumsuz cevaplarınızla , ilgili kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

İkinci bölüm: Sayın Dr.Nurten Elkin tarafından Yenikent Aile Sağlığı Merkezinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Dr.Nurten Elkin’i 0212 699 44 00 nolu tel. ve Atatürk cad. No:66 Esenyurt İst/’adresinden arayabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Hizmetleri Bilme, Yararlanma Ve Memnuniyet Durumu Anketi

Tarih :

Ad Soyad Yaş : Cinsiyet : Kadın () Gebe () Gebe Değil () Erkek ()

Medeni Durum : Evli () Bekar () Dul () Boşanmış () Çocuk Sayısı : () Çocuk Cinsiyetleri () Çocuk Yaşları () Eğitim Durumu : İlköğretim altı () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üstü ()

Meslek (Yaptığı İş) : Gelir Durumu : Asgari Ücret ve altı () Asgari Ücret-3000()3000 ve Üstü ()

Hane Halkı Sayısı () Kronik Hastalığı Var mı ? Var () Yok ()

Varsa :-Hipertansiyon -Koroner Kalp Hast. -Diabetes Mellitus-Astım -KOAİ -Allerji -Obesite ve Diğer

Ameliyat Geçirmiş mi ? Evet () Hayır () Sigara İçiyor mu ? Evet () Hayır () Evet se : Kaç yıldır :Günde kaç tane : Alkol kullanıyor mu ? Evet () Hayır () Evet se : Kaç yıldır :Her gün () Haftada bir () Ayda bir () Sakatlığı Var mı ? Evet () Hayır () Ailede var mı ? Evet () Hayır ()

Evet se : Ne dir ? () -Doğuştan mı ? () Sonradan mı ? ()

Diş Sorununuz Var mı ? Evet () Hayır () Evet se nasıl çözüyorsunuz ?

Görme Sorununuz var mı ? Evet () Hayır () Evet se nasıl çözüyorsunuz ?

İşitme Sorununuz var mı ? Evet () Hayır () Evet se nasıl çözüyorsunuz ?

Herhangi bir protez kullanıyor musunuz ? Evet () Hayır () Evet se hangisi (işitme cihazı () protez () Diş protezi ()

Aile Sağlığı Birimi :	Biliyor mu?	Yararlanıyor mu?	Memnun mu?
	Evet () Hayır ()	Evet () Hayır ()	Evet () Hayır ()

1-Aile Sağlığı Merkezinde	()	()	()	()
---------------------------	-----	-----	-----	-----

Muayene, teşhis ve tedavi

Hizmeti verilmektedir.

2-Yenidoğan muayenesi ve	()	()	()	()	()	()
--------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tarama testleri yapılmaktadır.

3-Bebek ve Çocuk izlemleri	()	()	()	()	()	()
----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Yapılmaktadır.

4-Bebeklere bir yaşına kadar	()	()	()	()	()	()
------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Ücretsiz demir ve D vitamini

Verilmektedir.

5-Bebeklik ve Çocukluk çağı

Aşılama hizmetleri verilmektedir. ()	()	()	()	()	()
---------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

6-Yetişkin aşılama hizmetleri	()	()	()	()	()	()
-------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Verilmektedir.

7-Gebe takipleri yapılmaktadır. ()	()	()	()	()	()
-------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

8-Gebelere aşılama hizmetleri = ()	()	()	()	()	()
-------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

9-Gebelere ücretsiz demir ve D vitamini

Verilmektedir. () () () () () ()

10-Lohusa takipleri yapılmaktadır. () () () () () ()

11-Evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik () () () () () ()

Raporu hizmeti verilmektedir.

12-Aile Planlaması ve danışmanlık () () () () () ()

hizmetleri verilmektedir.

13-Laboratuvar hizmetleri () () () () () ()

Ücretsiz olarak verilmektedir.

14-Kanser Tarama Testleri için () () () () () ()

Bilgilendirme ve yönlendirme

Yapılmaktadır.

15-Acil Hizmetleri verilmektedir. () () () () () ()

16-Enjeksiyon , pansuman ve yara () () () () () ()

Bakımı hizmetleri verilmektedir.

17-Teşhis ve tedavisi yapılamayan () () () () () ()

Hastalar sevk edilmekte ve takibi yapılmaktadır.

18-Askerlik muayeneleri yapılmaktadır () () () () () ()

19-Yıllık periyodik muayeneler () () () () () ()

Yapılmaktadır.

20-Hasta kayıtları tutulmaktadır. () () () () () ()

21-Verem hastalarının gözetimli

İlaç tedavileri yapılmaktadır. () () () () () ()

22-Engelli ve yatalak hastalara

Ev ziyaretleri yapılmaktadır. () () () () () ()

23-Evde bakım hizmeti gereken

Hastaların bakımı veya bu hizmetleri

Almaları için gerekli organizasyonu () () () () () ()

Sağlamaktadır.

24-Kişiyi ve çevre sağlığını etkileyen () () () () () ()

Bulaşıcı hastalıkların bildirimini

Yapmakta ve gerekli koruyucu önlemleri almaktadır.

EK 3:EUROPEP Anketi

Aile Hekiminiz (Doktorunuz) ve muayenehanesi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Merhaba,

Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğuna inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Doktorunuz bu anketin hastalarına uygulanmasını kabul etti. Anketi doldurup araştırma ekibine ulaştırırsanız çok memnun olacağız.

Bu ankette sizin son 12 ay boyunca genel olarak sağlık hizmeti aldığınız hekimin ve muayenehanesinin kalitesini derecelendirmenizi istiyoruz (Bu doktor bugün muayene olduğunuz doktor olmayabilir).

Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Dağıttığımız bütün anketlerin elimize ulaşmış olmadığını kontrol etmek için adresinizi sorsak ta cevaplarınızla isminiz herhangi bir şekilde ilişkilendirilmeyecektir. Anketi doldurduğunuz için çok teşekkür ederiz.

Lütfen bütün soruları cevaplandırdığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son kolondaki "Uygun değil/İlgisiz" seçeneğini işaretleyiniz.

Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya işaret (✓) koyunuz.

Örnek:

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Kötü 1	2	3	4	Mükemme 1 5	Uygun değil / İlgisiz
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Lütfen son 12 ayda en çok gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizden sadece bu belirlediğiniz doktor veya muayenehanesi hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz.

Bu aile hekiminin (doktorun) adı nedir? _____

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Kötü 1	2	3	4	Mükemme 1 5	Uygun değil / İlgisiz
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Sizi dinlemesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 İşini tam yapması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 Sizi muayene etmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 Doktor dışı personelin yardımı	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Şekil 2. Türkçe EUROPEP ölçeği

EK 4:Hekim Anketi

1-Aile hekimliğini kaç yıldır yapıyorsunuz?

2-Aile hekimliğinden memnun musunuz? Evet () Hayır ()

3-Evetse neden ?

4-Hayırsa neden?

5-Sağlık ocağı hekimliği yaptınız mı? Evet () Hayır () 6-Evetse kaç yıl?

7-Sağlık ocağı hekimliğinden memnun muydunuz ? Evet () Hayır ()

8- Evetse neden ?

9-Hayırsa neden ?

10- Aile Hekimliği Sisteminin iyileştirilmesi için neler yapılması gerekir ?

Önerileriniz nelerdir ?

11-Kayıtlı hasta sayınız?

12-Hiç gelmeyen hasta sayınız?

13-Kaç yıllık hekimsiniz ?

14-En uzun nerede çalıştınız ?

EK 5: Araştırma İzin Belgesi

PROTOKOL

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Nurten ELKİN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: **Esenyurt Yenikent ASM**

Çalışmanın adı: **"İstanbulda bir Aile Sağlığı Merkezine başvuruların hizmetleri bilme ve yararlanma durumları ile memnuniyetlerin araştırılması"**

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: **Prof. Dr. Emel ÖNAL, Nurten ELKİN**

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmasını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda **6 ay** süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç 16/09/13 Bitiş 16/03/14**

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Bürosuna teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddelerini yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) **Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.**

Taraflar:

11/09/2013

Araştırmacı

Adı-Soyadı

Nurten ELKİN

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU

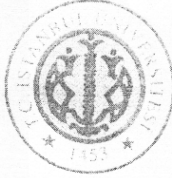
OLUR

11/09/2013

Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Halk Sağlığı Müdürü

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1099

Tarih : 20.08.2013

Konu : Prof.Dr. Emel ÖNAL

Sayın Prof.Dr. Emel ÖNAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi :Halk Sağlığı Anabilim Dalının 01/07/2013 gün ve 648 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Nurten ELKİN'in yürüteceği 2013/785 dosya numaralı "İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Hizmetleri Bilme Ve Yararlanma Durumları İle Memnuniyetlerinin Araştırılması." başlıklı çalışma kurulumuzun 05/07/2013 gün ve 13 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

Ek 6: Tablo 1 - İstanbul'da EUROPEP sorularına göre memnuniyet durumu(41)

Tablo 1 - İstanbul'da EUROPEP sorularına göre memnuniyet durumu

No	İSTANBUL EUROPEP (Sorular)	2010 Memnuniyet (%)	2011 Memnuniyet(%)	Elkin N. Tez Memnuniyet (%)
1	Görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissettirmesi	77,18	91,67	83,5
2	Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	77,57	89,35	83,5
3	Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	82,50	93,19	84,5
4	Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması	75,86	90,10	83,5
5	Sizi dinlemesi	87,12	94,06	84,3
6	Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	88,60	93,08	84,3
7	Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	75,74	89,62	82,5
8	Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	78,86	89,14	81,0
9	İşini tam yapması	85,38	93,92	83,3
10	Sizi muayene etmesi	83,89	93,65	83,8
11	Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(sağlık taraması,sağlık kontrolü,aşılama)	82,72	83,14	82,5
12	Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	79,52	83,36	82,3
13	Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	80,83	91,19	82,5
14	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	69,30	84,12	81,5
15	Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	77,60	89,25	79,3
16	Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması	68,02	85,77	81,5
17	Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	72,70	83,53	81,5
18	Hekim dışındaki diğer personelin size yardımcı olması	82,49	83,53	78,3
19	Size uygun zamanlarda randevu verilmesi	68,86	89,64	75,5
20	Muayenehaneye(aile sağlığı merkezine)telefonla ulaşabilmeniz	54,82	90,91	74,8
21	Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	47,06	87,43	73,8
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman	54,55	79,49	76,0
23	Acil Sorunları için hızlı hizmet sunulması	73,28	84,94	76,0

Ek 7: Tablo 2. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü verilerine göre EUROPEP Ölçeğinin Uygulandığı Türkiye ve 16 Avrupa Ülkesi arasında soru bazında Türkiye'nin Sıralaması (41)

Tablo 2. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü verilerine göre EUROPEP Ölçeğinin Uygulandığı Türkiye ve 16 Avrupa Ülkesi arasında soru bazında Türkiye'nin Sıralaması

No	Sorular	2010	2011
1	Görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissettirmesi	13	2
2	Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	13	3
3	Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	12	4
4	Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması	13	3
5	Sizi dinlemesi	11	4
6	Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	17	2
7	Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	12	3
8	Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	13	4
9	İşini tam yapması	10	1
10	Sizi muayene etmesi	10	1
11	Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(sağlık taraması,sağlık kontrolü,aşılama)	6	1
12	Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	15	8
13	Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	13	3
14	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	12	7
15	Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	14	3
16	Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması	14	6
17	Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	10	5
18	Hekim dışındaki diğer personelin size yardımcı olması	8	5
19	Size uygun zamanlarda randevu verilmesi	13	6
20	Muayenehaneye(aile sağlığı merkezine)telefonla ulaşabilmeniz	12	8
21	Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	14	11
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman	4	2
23	Acil Sorunları için hızlı hizmet sunulması	13	6

Ek 8: Tablo 3. TÜİK 2012 verilerinden yararlanarak çeşitli sağlık kuruluşlarındaki Sağlık Hizmetlerindeki Sorunlar (63)

Tablo 3. TÜİK 2012 verilerinden yararlanarak çeşitli sağlık kuruluşlarındaki Sağlık Hizmetlerindeki Sorunlar

Sorun Hizmeti	Görülen Sağlık Hizmeti	Hizmet alınan Sağlık Kuruluşu							
		Toplam	Üniversite H.	Devlet H.	Özel H.	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik/ Tıp M.	Özel Muayenehane	Aile Sağlığı Merkezi.
Muayene İçin Katkı Payı Alınması		%53,4	%55,9	%54,1	%52,0	%69,0	%50,2	%33,7	%52,3
Doktor Ve Personeli Sayısı	Sağlık	%46,2	%47,6	%42,9	%54,3	%48,0	%56,3	%55,8	%45,4
Muayene Ve Ücretleri	Tahlil	%44,2	%38,4	%41,6	%61,8	%59,2	%41,9	%63,6	%42,0
İlaç Fiyatları		%42,1	%42,9	%42,5	%39,9	%56,1	%34,5	%39,5	%42,2
Muayene Ve Tahlil İçin Sıra Bekleme		%35,0	%37,0	%38,6	%27,7	%37,1	%26,3	%20,3	%31,5
Yapılan Muayene		%26,0	%24,9	%29,7	%21,6	%25,9	%23,2	%34,0	%23,0
Doktorların Hastalara Davranışı		%20,8	%25,6	%23,2	%19,3	%13,9	%17,2	%25,1	%16,8
Hemşirelerin/hastabakıcıların Davranışı		%18,8	%25,0	%20,7	%16,7	%9,5	%14,2	%21,9	%15,8
Muayene Ve Tahlil İçin Randevu Alma		%17,7	%29,1	%21,2	%11,5	%9,9	%12,8	%12,6	%13,1
Temizlik Ve Hijyen		%16,6	%19,6	%19,4	%10,5	%10,5	%13,2	%18,3	%13,7

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nurten	Soyadı	Elkin
Doğum Yeri	Kaman	Doğum Tarihi	05.01.1970
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	10511709958
Email	nelkin94 hotmail.com	Telefon	05326821699

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	1992
Lise	İstanbul Bahçelievler Lisesi	1986

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Aile Hekimi	İstanbul Esenyurt Yenikent Aile Sağlığı Merkezi	2010-
Sağlık Grup Başkan Yardımcılığı	Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanlığı	2003-2010
Sağlık Ocağı Hekimliği	Küçükçekmece Sinan Sipahi Merkez Sağlık Ocağı	2000-2003
Sağlık Ocağı Hekimliği	Halkalı Sağlık Ocağı	1993-2000

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma *	ÜDS Puanı	İ.Ü.Yabancı Diller Bölümü Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	-	-	-

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	İyi
Microsoft Office	İyi

Yayınları/Tebliğleri/Sertifikaları/Ödülleri

Rahim İçi Araç Uygulaması Sertifikası Süleymaniye Devlet Hastanesi 1993

İşyeri Hekimliği Sertifikası İstanbul Tabip Odası 1996

B tipi İş hekimliği Eğitim Programı İstanbul Tabip Odası 2000

1.Ulusal Aşı Sempozyumu Katılım Belgesi 21-25 Eylül 2005 Ankara

İletişim, iletişim teknikleri ve Eğitici Eğitimi Sertifikası Şişli Etfal Devlet Hastanesi 2006

Adölesan Sağlığı Sempozyumu Cerrahpaşa Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 27-28 Mart 2008

Aile Hekimliği 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası 22-28 Ekim 2008

Aile Danışmanlığı Sertifikası 1 Ekim 2012-1 Ağustos 2013 Fatih Üniversitesi 2013

Aşılarda Güncel Gelişmeler Ve Uygulamalar Sempozyumu 15 Mart 2014 İstanbul

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Mesleğimle ilgili eğitim, seminer vb. etkinliklere katılmak, kitap okumak, yürüyüş yapmak ve yemek yapmak hobilerimdir

